Психотерапия боли



Психотерапия боли/ А. П. Рачин, К. А. Якунин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 192 с. : ил. - DOI: 10.33029/9704-6368-0-MTP-2022-1-192. - ISBN 978-5-9704-6368-0.

Аннотация

В книге изложены актуальные вопросы психотерапии боли с учетом последних достижений в этой области. Описан ряд практических, в том числе авторских, "противоболевых" психотерапевтических методик.

Издание адресовано клиническим психологам, психотерапевтам, врачам общей практики, неврологам, врачам физической, реабилитационной медицины, а также пациентам с хроническими болевыми синдромами.

ОГЛАВЛЕНИЕ

АВТОРЫ



Рачин Андрей Петрович - доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе, заведующий отделом нейрореабилитации и клинической психологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, президент Национальной ассоциации экспертов по коморбидной неврологии



Якунин Константин Александрович -

кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, НЛП-тренер.

ВВЕДЕНИЕ

Комментарий профессора М.Н. Гордеева



Гордеев Михаил Николаевич,

доктор медицинских наук, кандидат психологических наук, профессор, ректор Московского института психологии и психотерапии им. Милтона Эриксона.

Боль сопровождает человека всю его жизнь с момента рождения до последних минут жизни. Она ведет себя по-разному: как дозорный, сообщающий о неблагополучии в организме, как надоедливый сигнальщик, пробуждающий утром и не дающий заснуть ночью. Боль напоминает человеку, что он существо - прежде всего, телесное и только затем разумное. Но при этом и душевная боль при утрате, разлуке, переживаниях воспринимается человеком не менее чувственно.

Молодые врачи, изучавшие боль на медицинских факультетах, вначале воспринимают ее исключительно с соматических позиций. Но набираясь клинического опыта, становясь мудрее, уже воспринимают всю многозначность боли, когда она сигнализирует не только о телесном неблагополучии, но и психологическом и даже социальном. Расширяющийся диапазон понимания и оценки боли заставляет подумать и о других методах исследования и купирования боли.

Неоднородность восприятия боли проявляется в ее усилении при напряжении и страхе. Страх боли нередко становится потенцирующим фактором при хронических, изводящих человека болях. А чего стоит ожидание боли, когда пациент с хроническими болями, пробудившись утром, начинает «искать» их, чувствуя себя не в своей тарелке, когда их нет, и успокаиваясь, когда их вызывает.

Психология и психотерапия боли имеет многолетнюю историю. Еще в середине XIX в., когда для врачей-хирургов остро стоял вопрос обезболивания, а анестетики не были открыты, именно психотерапия, в частности гипноз, стала неожиданным подспорьем клинической медицине. Наблюдаемая у загипнотизированных людей потеря чувствительности стала основой для хирургического обезболивания. Английский врач Джеймс Эсдейл в своей книге «Месмеризм в Индии» описал несколько сотен операций, проведенных под гипнотическим обезболиванием. Несмотря на наличие сегодня качественных средств для наркоза и анестетиков, продолжают встречаться упоминания о трансовых техниках аналгезии, особенно в стоматологии и акушерстве. Супруга английского наследника престола рожает своих

детей под гипнотическим обезболиванием, и это становится толчком для нового витка использования психотерапевтических подходов в соматической медицине. Предлагаемая монография исследует проблему психотерапии боли многосторонне. Вместе с основами теории различных методов современной психотерапии вниманию заинтересованного читателя предлагается обширный набор техник и приемов, рассчитанных на широкий круг использования: от детей до пожилых людей, от техник самопомощи до новинок для искушенных специалистов. Ряд методик являются авторскими, уникальными, и их нельзя отыскать в других монографиях.

Психологическая индивидуальность человека персонифицирует переживание боли, в ней проявляются особенности личности и психоэмоционального состояния. Это заставляет специалиста искать наиболее подходящие для каждого отдельного случая подходы. Поэтому данная монография, представляющая широкую палитру приемов и методов, особенно актуальна как для врачей и психологов, так и для широкого круга заинтересованных читателей.


Комментарий профессора А.Б. Данилова



Данилов Андрей Борисович, доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет). Автор 350 научных работ в отечественной и зарубежной печати. Главный редактор журнала Manage Pain. Автор практических руко- водств и коллективных монографий по боли: «Управляй болью», «Боль и обезболивание», «Болевые синдромы в неврологической практике», «Нейропатическая боль», «Фармакотерапия боли».

Хроническая боль - это больше чем физический симптом. Ее постоянное присутствие имеет множество проявлений, включая поглощенность болью, ограничение личной, социальной и профессиональной деятельности; деморализацию и аффективные расстройства; использование большего количества медикаментов и частое обращение за медицинской помощью, когда в целом человек сживается с «ролью больного». Такие психологические факторы, как страх, тревога, депрессия, безусловно, оказывают влияние на восприятие боли и поведение пациента. Важность подобных факторов признавалась в течение некоторого времени, однако только в последние пятьдесят лет были предприняты систематические попытки их объединения, приведшие к созданию всеобъемлющей биопсихосоциальной модели боли. Эта модель является сегодня фундаментом для работы с любым пациентом, страдающим от хронической боли. В противоположность биомедицинской модели, делающей акцент на заболевании, биопсихосоциальная модель фокусируется не на заболевании или расстройстве, а на комплексном взаимодействии биологических,

психологических и социальных переменных. Именно поэтому наряду с фармакологическими, физическими методами лечения важнейшее место принадлежит психотерапии. Однако понимание роли этого подхода в терапии хронической боли, к сожалению, недостаточное. Многие пациенты, равно как и некоторые, увы, психотерапевты, не до конца осознают особую роль и возможности методов психотерапии в реабилитации пациентов с хронической болью. Если за рубежом существует достаточно литературы по этому вопросу, то в нашей стране ощущается явный дефицит. Именно поэтому настоящее издание, подготовленное двумя замечательными авторами, представляет огромную ценность для наших врачей.

Четкая структура предлагаемого материала, великолепный язык изложения, интересные красочные примеры, обилие цитат и афоризмов, большой набор практических рекомендаций и навыков - несомненные достоинства этого издания.

Могу с уверенностью сказать, что эта книга станет большим подспорьем в работе с пациентами с хронической болью. Хочется выразить большую признательность и благодарность Андрею Петровичу и Константину Александровичу за огромный труд и замечательный подарок для всех специалистов, кто причастен к медицине боли.

Комментарий профессора М.Н. Шарова



Шаров Михаил Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры нервных болезней стоматологического факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Минздрава России, руководитель Междисциплинарного многопрофильного центра боли и специализированного неврологического отделения Городской клинической больницы им. С.И. Спасокукоцкого, президент Медицинского общества специалистов по дисфункциональным неврологическим расстройствам и нейростоматологии, член Европейского совета по изучению боли.

Проблема хронической боли является одной из самых важных и трудно решаемых проблем современного общества во всем мире. Она не обходит стороной ни молодых женщин и мужчин, ни детей, ни пожилых. Примерно каждый пятый человек страдает или хотя бы раз страдал хронической болью, а затраты на ее лечение являются колоссальными. Постоянно напоминающая о себе боль способна ограничить повседневную активность, профессиональную деятельность и даже разрушить семью. Общеизвестный факт, что в модель хронической боли включено несколько аспектов: биологический, психологический и социальный. И здесь стоит отметить, что как боль может привести к психологической и социальной дезадаптации и, как следствие, к ухудшению качества жизни, так и, наоборот, постоянный стресс и

тревога способны усугублять проявления боли, усиливать ее тяжесть и длительность. Другими словами, формируется замкнутый круг, где все компоненты оказывают взаимное влияние друг на друга. Поэтому терапия хронической боли должна быть многокомпонентной и персонализированной, включающей в себя как медикаментозные методы лечения и физиотерапию, так и психотерапию, которой в соответствии с современными зарубежными данными литературы касаемо этого вопроса отводится ведущее место. Как еще в XX в. сказал известный венгерский психоаналитик Шандор Ференци, «психотерапия снимает с пациентов невольный статус объекта и вводит их в действие в качестве авторов, способных к ревизии своей собственной жизни». Другими словами, психотерапия позволяет пациентам разобраться в себе и в своих проблемах, что является одним из ключевых моментов в терапии боли. Но, к сожалению, в нашей стране данный метод пока не является столь популярным в сравнении с развитыми странами. Возможно, причина всего этого - низкая осведомленность пациентов и страх признать наличие у себя каких-либо психологических проблем. Именно поэтому данная монография способна раскрыть врачам природу психотерапии и ее роль в лечении хронической боли.

Данное издание четким и доступным языком рассказывает о различных методиках психотерапии и перспективах дальнейшего ее развития. Радует и структурированный подход в написании книги. Монография также наполнена яркими и запоминающимися примерами, а наличие цитат и афоризмов расслабляет читателя и улучшает восприятие информации.

Смело могу заявить, что данная книга окажется великолепным помощником в тяжелой борьбе с таким противником, как хроническая боль. Выражаю огромную благодарность и безграничное уважение Андрею Петровичу и Константину Александровичу за проделанную колоссальную работу в терапии боли. Авторы прошли тернистый, полный препятствий, разочарований и трудностей путь в создании такого многогранного и всеобъемлющего проекта, как психотерапевтическая помощь, поддержка пациентов с тяжелой клинической картиной болевого синдрома. Также выражаю огромную благодарность за возможность усовершенствовать свои познания всем специалистам, борющимся с хронической болью. Желаю, чтобы эта книга знаний стала настольной для врачей разных специальностей!

Глава 1. Эмоциональный стресс и его влияние на организм

Стресс - это аромат и вкус жизни.

Ганс Селье

Стресс - нормальная реакция на жизненные ситуации для каждого человека. Он вызван инстинктами организма, направленными на защиту от эмоционального и/или физического давления либо опасности в критических ситуациях.

Английским словом stress («напряжение») Ганс Селье обозначил состояние, возникающее в результате сильных воздействий и сопровождающееся «всеобщей мобилизацией» защитных систем организма (рис. 1.1). 4 июля 1936 г. в журнале Nature Селье опубликовал короткое сообщение, посвященное адаптационному синдрому.

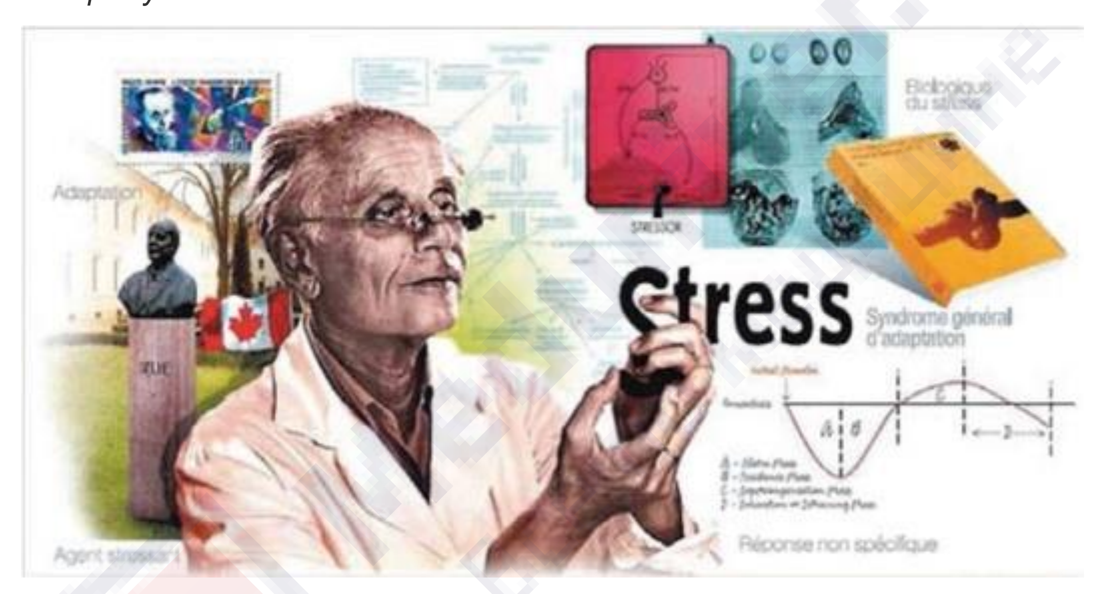


Рис. 1.1. Ганс Селье (1907-1982)

С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Важна лишь интенсивность потребности в перестройке или адаптации.

Например, мать, которой сообщили о гибели ее единственного сына, переживает страшное душевное потрясение. И если много лет спустя окажется, что сообщение оказалось ложным и сын неожиданно войдет в комнату целым и невредимым, она переживет сильнейшую радость. Специфические результаты двух событий (горе и радость) совершенно различны, даже противоположны, но их стрессорное действие (неспецифическое требование приспособления к новой ситуации) может быть одинаковым. Следует помнить и о том, что стрессоры (или факторы, вызывающие стресс) отличаются для каждого из нас. Что является напрягающим для одного человека, может быть или не быть таковым для другого. Каждый из нас реагирует на стресс по-разному. От того, как человек справляется со стрессом (обращается к алкоголю, сигарете или направляется в гимнастический зал), зависит степень влияния стресса на организм.

Ответ на стресс опосредован чрезвычайно сложной, интегрированной сетью, которая включает центральную нервную систему, надпочечники, иммунную и сердечно-сосудистую системы.

Еще в начале XX в. при экспериментах на животных было отмечено, что впрыскивание им токсичных вытяжек из разных желез вызывает в организме однотипную реакцию. Причем точно такую же, как переохлаждение, кровотечение и т.д. Этот воспроизведенный в эксперименте «синдром болезни» был моделью, поддающейся количественной оценке. Влияние различных факторов можно было сравнить, например, по степени вызванного ими увеличения надпочечников или атрофии вилочковой железы. Эта реакция была впервые описана в 1936 г. как «синдром, вызываемый различными вредоносными агентами», впоследствии получивший известность как общий адаптационный синдром, или синдром биологического стресса. Он включает три последовательно сменяющие друг друга стадии:

1) реакцию тревоги;

2) стадию резистентности (сопротивления);

3) стадию истощения.

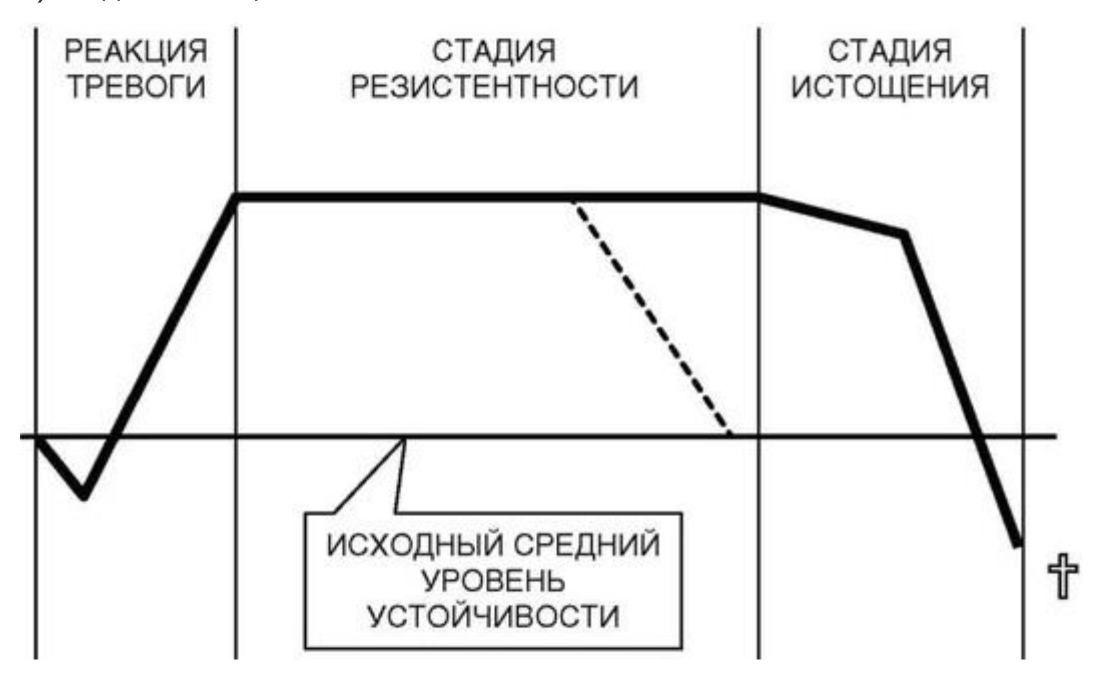


Рис. 1.2. Стадии стресса по Гансу Селье

Следует отметить одно очень важное обстоятельство: трехфазная природа общего адаптационного синдрома дала первое указание на то, что способность организма к приспособлению, его адаптационная энергия не беспредельны.

Стресс активизирует адаптивные ответы. Он вызывает высвобождение нейромедиатора норадреналина, который участвует в механизмах памяти. Именно поэтому люди помнят стрессовые события более ярко, чем события, не связанные со стрессом. Стресс также увеличивает производство в организме вещества, известного как рилизинг-фактор адренокортикотропного гормона. Рилизинг-фактор адренокортикотропного гормона обнаруживается во всех структурах головного мозга и запускает биологическую реакцию на стрессоры.

Интересно, что почти все наркотики также увеличивают концентрацию рилизинг-фактора адренокортикотропного гормона, и в этом может состоять нейробиологическая связь между стрессом и злоупотреблением психоактивными веществами.
Умеренный стресс может вызывать благоприятные изменения, например улучшать внимание и увеличивать способность

к хранению и переработке важной для сохранения жизни информации. Однако если стресс является слишком длительным или слишком сильным, происходящие в организме изменения могут оказаться вредными.

Полная свобода от стресса означает смерть. Уровень физиологического стресса наиболее низок в минуты равнодушия, но никогда не равен нулю (это означало бы смерть).

На рис. 1.3 показано, что стресс связан с приятными и неприятными переживаниями. Приятное и неприятное эмоциональное возбуждение сопровождается возрастанием физиологического стресса (но не обязательно дистресса). Та же диаграмма может быть использована для иллюстрации стресса, вызванного разными степенями возбуждения, если слова «крайне неприятно» слева заменить словами «депривация» (отсутствие раздражителей), а слова «крайне приятно» справа - словом «чрезмерно» (избыточное раздражение). Согласно данной гипотезе, депривация и избыточное раздражение в равной мере сопровождаются возрастанием стресса, порой до степени дистресса.

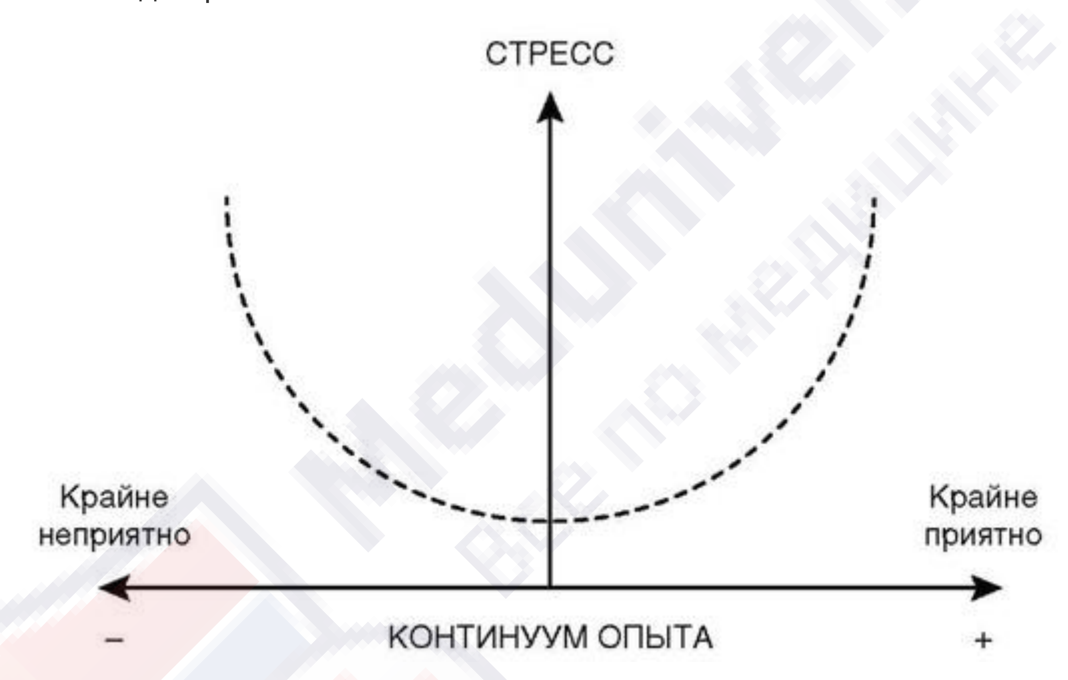


Рис. 1.3. Теоретическая модель взаимоотношений стресса с жизненным опытом (Courtesy L. Levi)

Ответьте себе на вопрос «Вы хотите пережить стресс или нет?».

Глава 2. Психотерапевтический подход в лечении боли и стресса

Накал борьбы за повышение уровня жизни зависит не от заработка и количества рабочих часов, а, скорее, от общей неудовлетворенности жизнью. Можно добиться многого и с меньшими издержками, если бороться против этой неудовлетворенности.

Ганс Селье

2.1. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ

XIX в. - истинная колыбель современной науки, период бурного распространения материалистических идей. Именно тогда особенно поляризуется представление о психическом и соматическом. На фоне общего удовлетворения достижениями медицины наблюдательные врачи отметили, что одни и те же инфекционные заболевания протекают различно, пациенты с однотипными изменениями во внутренних органах болеют по-разному. Развивается представление о роли нервной системы в генезе болезненных состояний. Это направление получило название нервизма и обязано своим возникновением в большой степени клиницисту С.П. Боткину и физиологу И.М. Сеченову.

Одним из направлений нервистских представлений является психосоматическая медицина. Одним из первых термин «психосоматический» в 1818 г. использовал врач Иоганн-Христиан Гейнрот (Хейнрот, Heinroth).

По классификации психолога Лесли Лекрона причины психосоматических реакций следующие.

Конфликт - к образованию психосоматического симптома может приводить внутренний конфликт между различными частями личности. Обычно одна из этих частей осознана, другая скрыта в бессознательном. Борьба между двумя противоположными желаниями или тенденциями может приводить к условной победе одной из частей. Однако тогда вторая часть начинает «партизанскую войну», признаком которой и могут стать психосоматические симптомы.

Язык тела - в некоторых ситуациях тело физически отражает то состояние, которое могло бы быть выражено одной из образных фраз ряда: «это одна сплошная головная боль», «я его не перевариваю», «из-за этого у меня сердце не на месте», «у меня связаны руки». Тогда болит определенный орган, сложно дышать, возникают мигрени, нарушается работа желудочно-кишечного тракта и т.д.
Мотивация или условная выгода - к этой категории относятся проблемы со здоровьем, которые приносят определенную условную выгоду их обладателю. Образование симптома происходит на бессознательном уровне, это не обман и не симуляция. Симптом реален, но он «обслуживает» какую-то определенную цель.

Опыт прошлого - причиной болезни может стать травматический опыт прошлого, чаще - тяжелый детский опыт. Это может быть какой-либо эпизод или длительное воздействие, которое, хоть и произошло давно, но продолжает эмоционально влиять на человека в настоящем. Этот опыт как бы отпечатывается в теле. И ждет, когда найдется способ его переработать.

Идентификация - физический симптом может образовываться вследствие идентификации с человеком, имеющим подобный же симптом или заболевание. Как правило, это происходит при сильной эмоциональной привязанности к этому человеку. Часто этот человек может умереть, умирает или уже умер. Таким образом, присутствует страх его потерять, и потеря фактически уже случилась.

Внушение - симптомы могут возникать посредством внушения. Это происходит, когда идея о собственной болезни принимается человеком на бессознательном уровне автоматически, то есть без критики. Вольно или невольно внушить симптом могут люди, обладающие большим авторитетом или случайно оказавшиеся рядом в момент особого эмоционального накала.

Самонаказание - в некоторых случаях психосоматический симптом выполняет роль бессознательного самонаказания. Это наказание связано с реальной, а чаще воображаемой виной, которая мучает человека. Самонаказание облегчает переживание вины, но может существенно осложнить жизнь.

Теории возникновения психосоматических заболеваний можно условно разделить на три группы.
1. *Психоаналитические (психодинамические)* - примером может служить теория профилей личности F. Dunbar, в дальнейшем развившаяся в концепцию акцентуаций личности К. Леонгарда (1981), а также концепцию алекситимии («нет слов выражения чувств»).

2. *Биологически-центрированные* - учение И.П. Павлова об условных рефлексах, кортико-висцеральная теория К.М. Быкова и И.Т. Курцева (1960), теория ларвированной депрессии.

3. *Холистические, системные* - психосоматическая системная модель Д.Н. Оудсхорна (1993).

По мнению J. Delay (1961), у психосоматического движения много духовных отцов, которые видят в нем сплав идей И.П. Павлова, К.М. Быкова, W. Cannon, S. Freud, W.S. Alexander и др. Определяя в целом направление, J. Delay утверждает, что оно характеризует переориентацию медицины органов в пользу целостной медицины. Совершенно очевидно, что во всем мире интерес к психосоматическим отношениям возрастает, и прежде всего потому, что за последнее время изменилась структура заболеваемости и особенно смертности. Уменьшилась численность так называемой эпидемической группы, возросла неэпидемическая группа. Если инфекционные агенты оказывали равномерное неблагоприятное воздействие на весь организм, то в современных условиях наиболее ранимой оказывается нервная система. Это одна из причин востребованности психотерапии в современном обществе.



Рис. 2.1. Современная визуализация психосоматических расстройств

Существует две основные модели изучения психотерапии: приверженность одному методу (распространена на Западе) и системный эклектизм (глубокое изучение одной

модели, чтобы сформировать структуру мышления и изучение других необходимых методов на этом фоне). Последняя часто используется отечественными психотерапевтами.
На сегодняшний день существует более 400 определений психотерапии. Вот одно из них.

Психотерапия - это процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижения гармонии с собой и миром в настоящем.

Средствами для такого упорядочения служат слово, мимика, молчание, окружающая среда. Собственно, психотерапевтических методов существует около 700. Метод психотерапии – это общие принципы лечения, вытекающие из понимания сущности заболевания. Комплекс методов, объединенных общим подходом к лечению, называется системой, или направлением, психотерапии. Работа с пациентом обычно начинается с рациональной психотерапии. Невзирая на сравнительно малую терапевтическую эффективность, рациональная психотерапия помогает пациенту сформулировать конкретные запросы на лечение, а врачу - решить вопрос о лечебной тактике. В дальнейшем различные методы часто комбинируются с целью получения наилучшего результата. При психотерапевтической коррекции и лечении психосоматических расстройств или психологическом сопровождении различных соматических заболеваний используются разные стратегии, которые подбираются в зависимости от типа личности пациента и от ведущего психотерапевтического направления, которое использует психотерапевт.

2.2. ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ

Отсутствие мотивации - величайшая душевная трагедия, разрушающая

все жизненные устои.

Ганс Селье

Психическую индивидуальность человека можно представить как переплетение различных психофизиологических, психологических и социально-психологических свойств, которые также построены по иерархическому принципу: на более низшие (ранние) наслаиваются более высшие (поздние) психические образования. Для большей наглядности психическую индивидуальность легко представить в виде пирамиды, фундаментом которой является темперамент (биологическая составляющая психической индивидуальности). На его основе формируется характер (психологическая составляющая психической индивидуальности), а затем происходит становление личности (социальная составляющая психической индивидуальности).



Рис. 2.2. Сальвадор Дали. Антропоморфный секретер

Примечание. Ящики в телах героев Сальвадора Дали символизируют тайны, а вернее, раскрытие тайн. У многих людей есть свои собственные ящики в доме, в которых они хранят такие вещи, на которые не стоит смотреть посторонним. Эти самые ящики с секретным содержимым и имел в виду Сальвадор Дали, когда рисовал их на своих картинах. Только здесь вместо белья, писем, каких-либо личных вещей - мысли, тайны и секреты, которые человек хранит как зеницу ока, но которые хотят раскрыть другие люди, чтобы вытащить все неприглядное содержимое мыслей и тайн человека наружу.

В рамках наук о человеческой психике существует несколько теорий личности.

Личность в психоаналитической теории З. Фрейда рассматривается в единстве трех основных структурных компонентов души: Ид (Оно), Эго и Суперэго.

Движущая сила поведения - инстинкты. З. Фрейд утверждал, что любая активность человека определяется инстинктами. Люди ведут себя так или иначе потому, что их побуждает бессознательное напряжение, их действия служат цели уменьшения этого напряжения. Инстинкты - конечная причина активности. Следовательно, причина мотивации также лежит в инстинктах.

З. Фрейд признавал существование двух основных групп: инстинктов жизни и смерти (Эрос и Танатос). Наиболее существенными для развития личности З. Фрейд считал сексуальные инстинкты. Энергия сексуальных инстинктов получила название либидо. Вторая группа - инстинкты смерти (мортидо) - лежит в основе всех проявлений жестокости, агрессии, самоубийств и убийств.

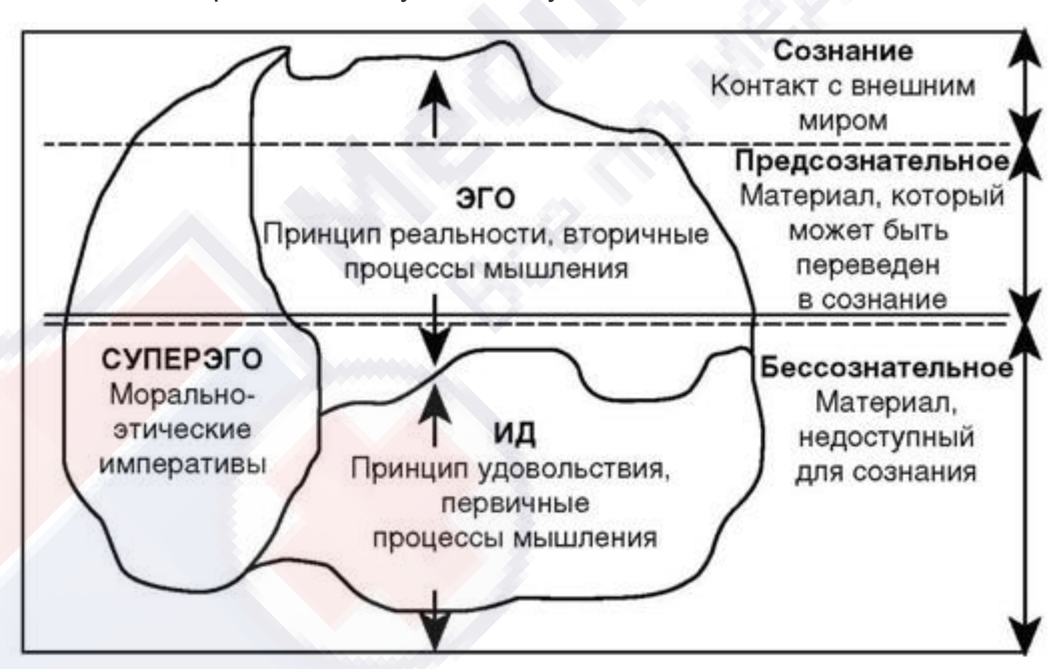


Рис. 2.3. Связь структурной модели с уровнями сознания

Психоаналитическая теория развития основывается на двух предпосылках: генетической и психосексуальной. Развитие личности рассматривается З. Фрейдом через прохождение индивидом психосексуальных стадий (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Стадии развития личности по З. Фрейду

Стадия	Возраст	Задачи и опыт, соответствующие данному уровню развития
1. Оральная	0-18 мес	Отвыкание (от груди, рожка), отделение себя от материнского тела
2. Анальная	18 мес-3 года	Приучение к туалету (самоконтроль)

3. Фаллическая	3-6 лет	Идентификация со взрослым того же пола, выступающим в роли образца для подражания
4. Латентная	6-12 лет	Расширение социальных контактов со сверстниками
Стадия	Возраст	Задачи и опыт, соответствующие данному уровню развития
5. Генитальная	Пубертат	Установление интимных отношений или влюбленность; внесение своего трудового вклада в общество

Особенности развития личности по З. Фрейду

■ Определяющим развитие человека является сексуальный инстинкт, прогрессирующий от одной эрогенной зоны к другой в течение жизни человека.

■ Развитие - биологически детерминированная последовательность, развертывающаяся в определенном порядке.

■ Социальный опыт отражается в виде приобретенных установок, черт, ценностей.

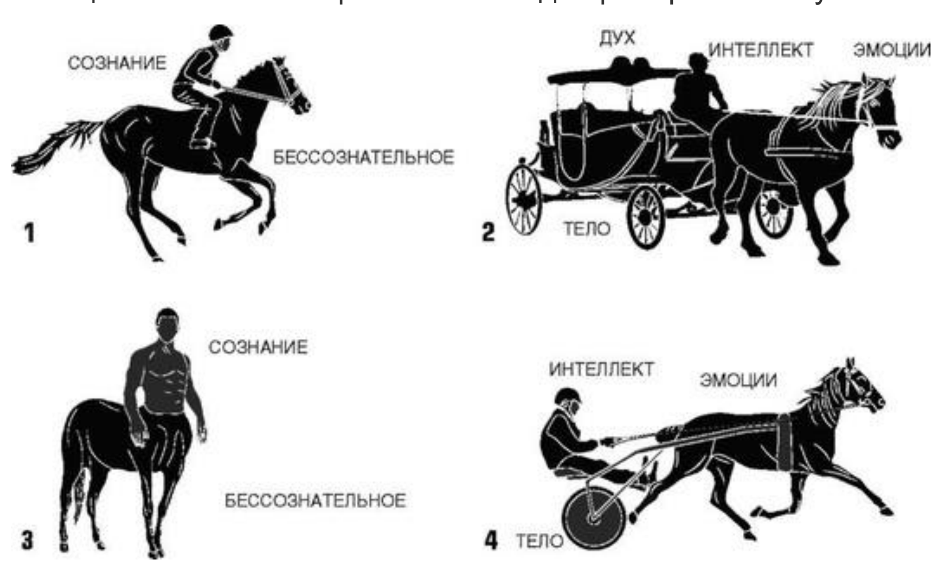


Рис. 2.4. Модели личности с позиции фрейдизма (в адаптации и представлении профессора А.А. Табидзе, 2016): 1 - модель Фрейда (1923); 2 - модель Гурджиева (1924); 3 - модель Мясищева (1935); 4 - модель Вейна (1994)

Теория аналитической психологии К.Г. Юнга рассматривает личность как совокупность архетипов (рис. 2.5).

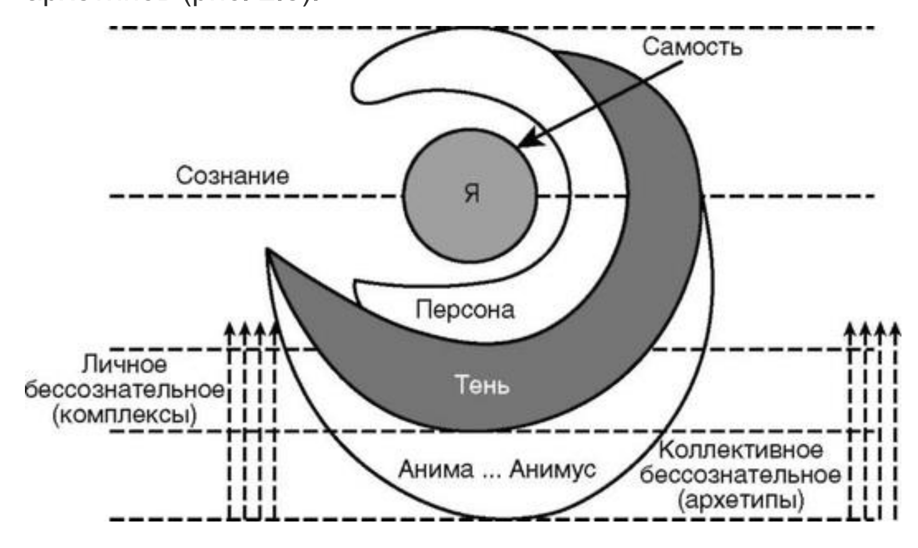


Рис. 2.5. Личность как совокупность архетипов (по К. Юнгу)

С точки зрения индивидуальной психологии А. Адлера

личность формируется под влиянием стремления человека к совершенствованию и превосходству (рис. 2.6).

В гештальт-психологии личность анализируется сквозь призму способности перейти от опоры на среду и регулирование средой к опоре на себя и саморегуляцию. Условием достижения гармоничного равновесия между организмом и средой является осознавание иерархии потребностей. Основные идеи гештальт-терапии были разработаны в 1940-1950-х гг. Фредериком (Фрицем) Перлзом, его женой Лаурой Перлз и Полом Гудменом.

В 1969 г. в своей книге Gestalt Therapy Verbatim Фриц Перлз публикует гештальт-молитву (англ. Gestalt prayer) - короткий текст из 56 английских слов, получивший в США и затем в мире широкую известность и вызвавший бурную реакцию, множество критических отзывов, переработок и подражаний. «Молитва» выражает важную для гештальт-терапии концепцию независимости личности и предлагает модель отношений между такими независимыми личностями.



Рис. 2.6. Личность и стремление к совершенствованию и превосходству (по А. Адлеру)

Этот текст являлся личным кредо Перлза, который никогда не стремился оправдать чьих-либо ожиданий, всегда делал только то, что считал нужным, и полагал, что отношения между двумя независимыми личностями могут носить только ограниченный и временный характер. За это последнее утверждение Перлз часто подвергался критике, но несомненно, что «геш-тальт-молитва» оказала огромное влияние на культуру 1970-х. Это произошло во многом потому, что молитва попала «в струю 1970-х» - десятилетия «Я», эпохи борьбы за свои права, отвержения многих традиционных «истин» и поиска новых форм взаимоотношений.

Текст молитвы:

Я делаю свое дело, и ты делаешь свое дело. Я в этом мире не для того, чтобы соответствовать твоим ожиданиям,

И ты в этом мире не для того, чтобы соответствовать моим.

Ты - это ты, и я - это я,

И если нам случилось найти друг друга - это прекрасно. А если нет - этому нельзя помочь.

Поиск подхода к описанию многомерного подхода к человеку в русле гештальт-подхода (и в соответствии с базовым для геш-тальта принципом холизма) привел Сержа Гингера к символическому изображению человека на пентаграмме (рис. 2.7). Человек, вписанный в пятиугольник, восходит, по крайней мере, к знаменитому рисунку Леонардо да Винчи «Витрувианский человек», иллюстрирующему пропорции человеческого тела и их соотношение с пропорциями в архитектуре.

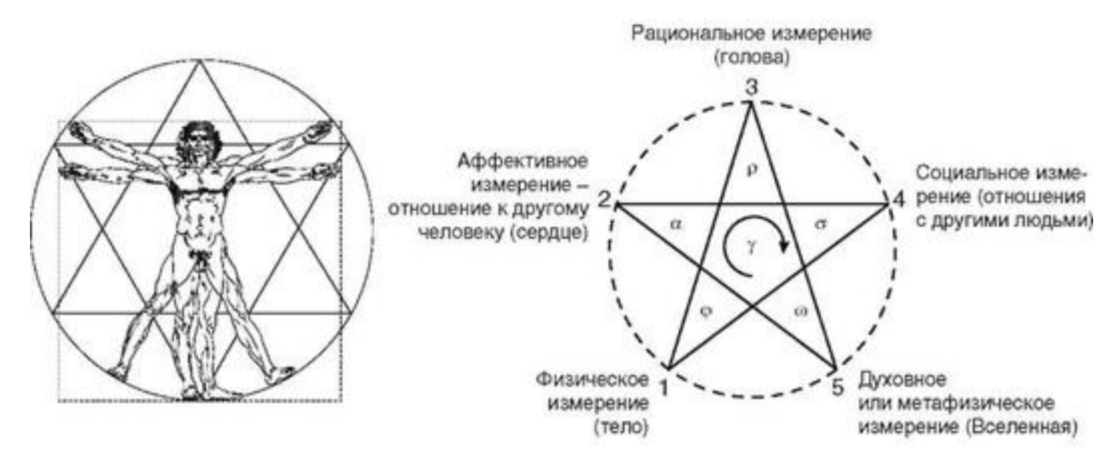


Рис. 2.7. Пентаграмма С. Гингера

С. Гингер применил пентаграмму, чтобы наглядно и не-аналитично представить тот многомерный подход к человеку, который характерен для гештальта. Греческие буквы на пентаграмме условно соответствуют начальным буквам французских слов, представляющих пять измерений человеческой жизнедеятельности.
Бихевиоризм (поведенческий подход к анализу психологии личности) рассматривает личность человека как сумму паттернов поведения генетической природы (рис. 2.8).



Рис. 2.8. Личность с позиций бихевиоризма

Э. Фромм с позиции гуманистической психологии попытался сформулировать значимые для личности человека параметры, используя понятия «обладание» и «бытие», на основании которых происходит формирование тех или иных качеств личности (рис. 2.9).

В рамках гуманистической психологии важное значение имеют работы А. Маслоу о психологии самоактуализации (рис. 2.10). Наивысшей точкой развития индивида он считал самоактуализацию личности - «наиболее полное использование собственных

талантов, способностей и возможностей», в отличие от среднего человека, который живет с «заглушенными и подавленными способностями».

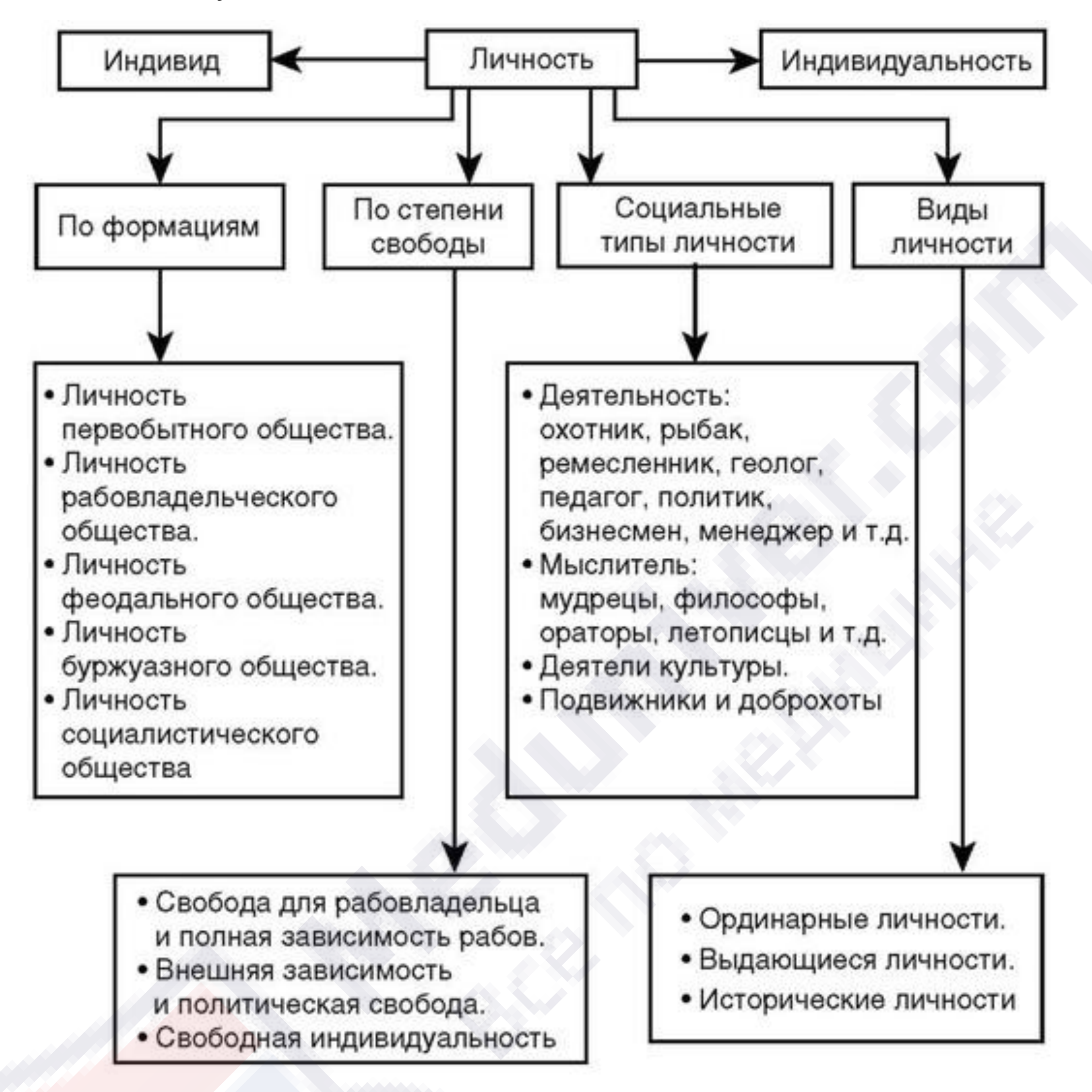


Рис. 2.9. Личность с позиции представлений Э. Фромма

Нередко личностные качества смешивают с индивидуально-психологическими и используют в качестве синонимов слова «личность» и «индивидуальность». Л.М. Баткин в связи с этим писал, что в разные эпохи в разных странах для обозначения этих понятий использовались различные термины. Так, греки, имея в виду индивида с социально значимыми чертами, говорили о добром муже, герое, мудреце. Римляне использовали термин «гражданин», англичане в XVIII в. - «джентльмен».



Рис. 2.10. Личность с позиции представлений А. Маслоу

2.3. ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Жажда достижений придает жизни устойчивость и счастье.

Ганс Селье

В беседе с психосоматическим больным психотерапевт нередко наталкивается на жесткое сопротивление попыткам тщательного уточнения истории жизни и болезни. Это объясняется несколькими причинами.
1. Затверженная, «выученная» соматическая интерпретация болезни. Ведущая роль соматических причин не только

более приемлема для пациента, но и глубоко укоренена в общественном сознании под воздействием медицинских установок. «Болезнь заключается только в органическом поражении» - так звучит лейтмотив одной из психиатрических школ.

2. Психическая болезнь привносит чувство ответственности перед самим собой, иногда стигматизацию, соматическая болезнь - наоборот, чувство облегчения. Многие больные испытывают такое чувство, когда узнают об органической природе их заболевания, хотя нередко это означает более тяжелый прогноз.

3. Можно представить себе психосоматическую болезнь как особую форму изживания душевного конфликта, которая с раннего детства замещает собой другое, возможно речевое, изживание конфликта. В подобной ситуации целесообразно говорить об «эмоциональной безграмотности» психосоматических больных, их эмоциональной необразованности. Психосоматический больной говорит и оперирует «телесными» формулировками, проявляет себя соматической ажитацией, языком органного психосоматического симптомообразования. Такая «эмоциональная безграмотность» имеет довольно длинную историю, она может уходить корнями в раннее детство или иметь наследственное происхождение.

2.4. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Конечной целью жизни является стремление как можно полнее выразить себя.

Ганс Селье

Внутренняя картина болезни (далее - ВКБ) - возникающий у больного целостный образ своего заболевания (Лурия Р.А., 1977). По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («переживание болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни» и др.), термин «внутренняя картина болезни» является наиболее общим и интегративным.



Рис. 2.11. Сальвадор Дали. Минотавр

Примечание. С. Дали разъясняет собственные взгляды на искусство, эстетическое здоровье ума. Статья «Спектральный сюрреализм вечной женственности прерафаэлитов» утверждает, что эстетическое здоровье ума невозможно без аналогичного здоровья тела. Тело требуется постигать, познавать его глубину, пробовать на вкус, «есть и пережевывать».

ВКБ обычно выступает как целостное, нерасчлененное образование. На ее формирование оказывают влияние различные факторы: характер заболевания, его острота и темп развития, особенности личности в предшествующий болезни период и др. В качестве методов исследования внутренней картины болезни используются способ клинической беседы, опросники, анкеты, интервью и др. В настоящее время ВКБ признается частным случаем «внутренней картины здоровья» (Каган В.Е., 1993). Разнородность определений одного и того же явления связана с полиморфностью переживаний больного. Наиболее подробная классификация отношений к болезни (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1980) известна в связи с получившей широкое распространение методикой для психологической диагностики типов отношения к болезни - ТОБОЛ (Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю., 1998).

1. *Гармоничный тип* характеризуется трезвой оценкой своего состояния, активным содействием успеху лечения, нежеланием обременять других своей болезнью, переключением интересов на доступные для больного сферы жизни при неблагоприятном течении болезни.

2. *Эргопатический тип* - отличается выраженным стремлением продолжать работу во что бы то ни стало, может быть описан как «уход от болезни в работу».

3. *Анозогнозический тип* - характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительным отношением к болезни, нежеланием лечиться.

4. *Тревожный тип* - отличается беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, поиском информации о болезни и ее лечении, угнетенным настроением.

5. *Ипохондрический тип* - характеризуется сосредоточенностью на субъективных неприятных ощущениях и стремлением рассказывать о них окружающим.

6. *Неврастенический тип* характеризуется раздражительностью, особенно при болезненных ощущениях, нетерпеливостью.

7. *Меланхолический тип* - отличается пессимистическим отношением к болезни, неверием в выздоровление.

8. *Апатический тип* - отличается безразличием к себе и течению болезни, утратой интереса к жизни.

9. *Сенситивный тип* - характеризуется озабоченностью о неблагоприятном отношении окружающих вследствие болезни, боязнью стать обузой.

10. *Эгоцентрический тип* - характеризуется требованием исключительной заботы, выставлением напоказ страданий с целью безраздельного завладения вниманием окружающих.

11. *Паранойяльный тип* - характеризуется крайней подозрительностью к лекарствам и процедурам, обвинениями окружающих в возможных осложнениях или побочных действиях лекарств.

12. *Дисфорический тип* - отличается мрачно-озлобленным настроением, ненавистью к здоровым, обвинениями в своей болезни других, деспотическим отношением к близким. Возможно рассмотрение личностных реакций на болезнь в качестве различных видов психологических защит. Такое понимание реакции на болезнь характерно прежде всего для сторонников психоаналитической концепции. В настоящее время признается зависимость типов реакции на болезнь от особенностей функционирования Эго (Ford, 1984). Психологические защиты могут быть нормальными или, в случае их значительной выраженности, патологическими (табл. 2.2).

Таблица 2.2. Типы психологической защиты

Тип психологической защиты	Вариант нормы	Вариант патологии
Отрицание	Сознательное подавление неприятных мыслей. Обеспечивает оптимистический взгляд в будущее, оберегая психику от дистресса	Психопатологическое искажение действительности
Регрессия	Намного большая, чем обычно, занятость собой	Функционирование личности на более низком уровне, чем до болезни. Детскость поведения, рост зависимости от других людей, требование повышенного внимания к своей персоне
Тревога	Предчувствие возможной опасности, готовящее пациента к возможной утрате (комфорта, части тела или функции, обычных до болезни межличностных отношений)	Необъяснимое чувство вины, излишняя самокритичность, активизация тревожных фантазий
Печаль	Чувство утраты (здоровья, части тела или функции). Сосредоточенность на	Депрессия, длительные спады настроения, расстройство

	утраченном, сниженное настроение, потребность в работе, несмотря на утрату. Длится недолго	вегетативных функций (сна, аппетита и т.д.)

При соматических заболеваниях особенно часто встречается такой вид психологической защиты, как отрицание, при психосоматических - эйфорически-анозогнозическое поведение, характеризующееся отрицанием тяжести болезни и невниманием к своему состоянию, и истерическое поведение, характеризующееся аггравационными тенденциями и эгоцентризмом (Губачев Ю.М., Стабровский Е.М., 1981).

Когнитивный аспект ВКБ характеризуется понятием личностного значения болезни, которое является одним из компонентов психосоциальной реакции на заболевание. Вот одна из наиболее разработанных типологий (Lipowski, 1983), согласно которой болезнь может восприниматься как:

1. Препятствие, которое должно быть преодолено (например, потеря работы).

2. Враг, угрожающий целостности личности.

3. Наказание за прошлые грехи.

4. Проявление врожденной слабости организма.

5. Облегчение (может приветствоваться, так как позволяет уйти от социальных требований, ответственности; например, болезнь, освобождающая юношу от воинской обязанности).

6. Стратегия приспособления к требованиям жизни (например, использование болезни для получения денежной компенсации).

7. Невозвратимая потеря, ущерб (например, подросток с диабетом может считать всю жизнь испорченной).

8. Положительная ценность, помогающая личности обрести более возвышенный смысл жизни или лучшее понимание искусства.

Впоследствии типы значений болезни свелись к основным четырем: вызов (угроза), потеря, облегчение, наказание. По сходной классификации Vervoerdt (1972) в зависимости от опыта, знаний, ценностных ориентаций, потребностей болезнь может выступать как враг, соревнование, утрата, штраф, выигрыш, судьба и др.

Изменения личности обусловлены многими причинами. Р.М. Войтенко (1981) обобщил их и предложил учитывать:

- биологические факторы (соматическая патология, промышленные интоксикации, инфекции, черепно-мозговые травмы);

- социогенные факторы (изменения роли больного в семье, референтной группе, изменение отношения окружающих к больному - игнорирование болезни или снижение требовательности к больному);

- аутопсихологические факторы (снижение самооценки, потеря жизненной перспективы, чувство неполноценности, беспокойство за свою судьбу и судьбу родных и близких). Тип личности помогает понять, чем является болезнь для конкретного пациента (Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю., 1998).

С развитием медицинской социологии связано возникновение концепции «роли больного», выдвинутой Т. Парсонсом (Parsons, 1986). Человек в роли больного занимает в обществе особое положение. У него есть обязанности: ожидается, что больной хочет выздороветь и потому должен искать помощи, помогать врачу в своем

выздоровлении. Есть и особые права: он освобожден от обычных общественных обязанностей, например от посещения работы или учебы; о нем заботятся другие.

Конфликты с обществом разрешаются «ролью больного». Это происходит неосознанно, поэтому предлагается рассматривать психосоматические симптомы в ряду неврозов. Некоторым нелегко принять такой тип зависимости, другие легко осваиваются с ним. Существует также понятие «поведение больного», предложенное для описания различных типов поведения, возникающего у людей в результате восприятия и оценки симптомов.

Часто трудно отграничить истинные признаки болезни от индикаторов поведения больного.

М.М. Кабановым и соавт. был осуществлен опыт теоретического моделирования ВКБ. В основу модели авторы положили понятие о «церебральном информационном поле болезни» - сохраняемой в долгосрочной памяти информации о проявлениях болезни. Его материальным субстратом являются матрицы долгосрочной памяти, которые ассоциируются в функциональные комплексы, а последние служат основой представлений личности о своей болезни. Эти матрицы и их комплексы могут влиять на различные стороны работы мозга, а следовательно, и психики (Березовский А.Э. и др., 2001).

Большую роль в формировании ВКБ играет тип эмоциональных отношений больного к своей болезни, ее проявлениям, прогнозу и др. Существуют различные типы подобных отношений.

1. *Гипонозогностический тип* - больные игнорируют свою болезнь, пренебрежительно относятся к лечению. Больной может все знать о своей болезни, о ее серьезном прогнозе, но это не вызывает у него эмоций тревоги и беспокойства. У таких больных иногда легко образуется неадекватная (завышенная) модель ожидаемых результатов лечения и «сверхоптимальная» модель полученных результатов лечения.

2. *Гипернозогностический тип* - у больного имеется преувеличенно яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, при этом формируется заниженная модель ожидаемых результатов лечения.

3. *Прагматический тип* эмоциональных отношений к болезни: больной находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, уделяет внимание оптимальной организации лечебных и профилактических мероприятий.

В основе формирования нозогностических эмоциональных отношений лежат определенные особенности структуры личности, сформированные прежде всего воспитанием. Психологические критерии имеют большое значение для дифференцирования поведения, определяемого типом нозогностических отношений, от симуляции и аггравации.

Как свидетельствуют клинические факты и результаты предварительных исследований, структура внутренней картины болезни может быть различной у больных разных нозологических форм. Удельный вес этих составляющих ВКБ зависит и от преморбид-ных особенностей личности. Неодинаково представлены в сознании отдельные элементы ВКБ.
Различная по структуре и динамике ВКБ создает специфические и чрезвычайно важные условия развития перестройки личности больного.

Рассмотрим несколько стратегий работы с психосоматическим больным или пациентом, страдающим головной болью (по В.М. Гребенникову).

Стратегия «А»

Опора на невыраженную потребность (гештальт-терапия).

■ Идентификация ощущения.

■ Связь ощущения с эмоциональным переживанием.

■ Определение невыраженной потребности.

■ Поиск объекта, на которого направлены чувства и потребности.

■ Выражение чувств (эмоциональное реагирование).

■ Ассимиляция полученного опыта. Стратегия «Б»

Связь симптома с важными событиями жизни [нейролингвистическое программирование (далее - НЛП)].

■ Описание симптома.

■ Когда симптом впервые проявился?

■ Какие события предшествовали появлению симптома?

■ Описание событий.

■ Контакт с чувствами, которые переживались в тех событиях.

Проведение различных техник и методик, направленных на реагирование и изменение восприятия прошедших событий. *Обратная связь*

■ Изменился ли симптом?

■ Изменилось ли восприятие прошлых событий?

■ Каково понимание пациентом причинно-следственных связей?

■ Объяснение терапевтом возможных причин симптомов (если есть необходимость) и внушение на выздоровление.

Стратегия «В»

Утилизация образа симптома (НЛП и эриксонианский гипноз).

■ Описание симптома.

■ Визуализация симптома.

■ Утилизация и/или изменение параметров визуализации по всем репрезентативным системам в сторону здорового образа.

■ Установка на оздоровление.

■ Проверка экологии: изменились ли визуализация симптома и ощущения?

■ Фиксация позитивного результата. Стратегия «Г»

Работа с символами и временной прогрессией (НЛП, эриксо-нианский гипноз и арт-терапия).

■ Описание симптома.
■ Визуализация симптома или изображение его образа (либо символа) на бумаге.

■ Выражение чувств по поводу образа симптома (не всегда).

■ Описание результата: что в итоге я хочу?

■ Визуализация результата во всех модальностях (визуальной, аудиальной и кинестетической) или изображение его образа на бумаге.

■ Выражение чувств по поводу результата (не всегда).

■ Описание промежуточной стадии между симптомом и результатом: процесс выздоровления или вначале его изображение, а описание - потом.

■ Визуализация промежуточной стадии или изображение ее образа на бумаге.

■ Выражение чувств по поводу промежуточного образа (не всегда).

■ Соединение всех трех образов в последовательную стратегию: представить их подряд один за другим или разложить все три рисунка в цепочку перед собой.

■ Выражение чувств по поводу общей стратегии (не всегда).

■ Внушение, что теперь так и будет - движение к позитиву (не всегда).

■ Общая обратная связь.

2.5. НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ И ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ

Человек непременно должен израсходовать адапционную энергию - наследственно определенный ограниченный запас жизнеспособности, чтобы удовлетворить врожденную потребность в самовыражении.

Ганс Селье

Нейролингвистическое программирование - это модель того, как отдельные люди структурируют свой уникальный жизненный опыт. НЛП появилось в начале 1970-х гг. и стало плодом сотрудничества Джона Гриндера, который был тогда ассистентом профессора лингвистики в Калифорнийском университете в Санта-Крузе, и Ричарда Бэндлера - студента психологии в том же университете. Ричард Бэндлер, кроме того, сильно интересовался психотерапией. Они вместе изучали работу трех выдающихся психотерапевтов: Фрица Перлза, новатора психотерапии и основоположника школы терапии, известной под названием гештальт-терапия; Вирджинии Сатир, необыкновенного семейного терапевта, которой удавалось разрешать такие трудные семейные взаимоотношения, которые многие другие ее коллеги находили неприступными; и, наконец, Милтона Эриксона, всемирно известного гипнотерапевта. Бэндлер и Гриндер вовсе не собирались открывать новую школу терапии, они лишь хотели определить паттерны, используемые выдающимися терапевтами, и передать их другим. Их не интересовали теории, они создавали модели успешной терапии, которые работали на практике и которым можно было научиться. Трое терапевтов, которых они моделировали, представляли собой индивидуальности, сильно отличающиеся друг от друга, и все же они использовали удивительно похожие основные паттерны. Бэндлер и Гриндер вскрыли эти паттерны, рафинировали их и построили изящную модель, которая может быть применена в эффективной коммуникации, личностном изменении, ускоренном обучении и, конечно же, в получении большего удовольствия от жизни. Они опубликовали свои первые открытия в четырех книгах, вышедших в 1975-1977 гг.: «Структура магии» в 2 т. и «Паттерны» в 2 т. (две книги о гипнотических техниках Милтона Эриксона). Количество публикуемой литературы по НЛП увеличивается с тех пор с нарастающей скоростью.

НЛП - вещь практическая. Это набор моделей, умений и технологий для того, чтобы мыслить и действовать эффективно в этом мире. Цель НЛП - быть полезным, расширять ваш выбор и делать жизнь лучше. Самые важные вопросы здесь - «Полезно ли это?», «Это работает?». Нужно найти то, что работает, испытав это на

себе. Еще важнее обнаружить, где это не работает, и изменять до тех пор, пока оно не станет работать. В этом дух НЛП. Случалось ли вам сделать что-нибудь настолько изящно и эффектно, что вы даже сами себе удивились? Было ли так, чтобы вы действительно восхищались тем, что сделали, и удивлялись тому, как это сделали? НЛП показывает вам, как понять и повторить собственный успех, с тем чтобы вы смогли иметь значительно больше таких моментов. Это способ обнаружения и раскрытия вашей индивидуальной гениальности, способ выявления того лучшего, что есть в вас и других людях. НЛП - это исследование того, что создает различие между выдающимся и обычным. Оно также оставляет после себя целый веер чрезвычайно эффективных техник в области образования, консультирования, бизнеса и терапии.

2.5.1. Базовые положения нейролингвистического программирования

Идеалы создаются не для того, чтобы их достигать, а для того, чтобы указать путь.

Ганс Селье

1. Карта не равна территории и не равна другим картам. Если разным людям дать задание составить карту одной и той же

территории, карты получатся разными, так как люди по-разному воспринимают окружающий мир, имеют различные способности к рисованию и т.д. Реально только наше восприятие мира, и оно у каждого человека индивидуально.

2. Весь опыт закодирован в нервной системе. Мозг человека напоминает своеобразную киностудию, где снимаются документальные и художественные фильмы. У нас в голове находится, образно говоря, фильмотека с нашим опытом, чувствами и мыслями. Ленты располагаются в базовом компьютере (подсознании) в беспорядке, взаимодействуя между собой. Любую ленту (информацию) можно вывести в оперативный компьютер (сознание) и просматривать ее как угодно.

3. Весь субъективный опыт состоит из зрительных образов, звуков и чувств.

4. Каждое поведение (даже самое плохое) имеет позитивное намерение, которое может быть позитивным для части личности (симптом), для всей личности (убегание из горящего дома), для группы людей (войны).

5. Нет побед и поражений - есть обратная связь. Если у тебя что-то не получается, сделай это по-другому. Если же у тебя что-то получилось хорошо, не стоит зацикливаться на этом варианте (одном), так как в другое время и в другом контексте этот способ может не сработать.

6. Смысл всякого общения в той реакции, которую оно вызывает. Если вы общаетесь с человеком, и он при этом обиделся, значит, целью вашего общения было обидеть этого человека.

7. У каждого человека есть все необходимые ресурсы, нужные ему для изменения. У каждого из нас есть энергия, силы, опыт, время и деньги, потребные в данный момент. Просто часто доступ к этим ресурсам закрыт.
8. Вселенная - дружественная система, которая полна ресурсов, необходимых для изменения. Когда мы действительно очень сильно чего-то хотим, то Вселенная нам начинает помогать разными способами: поступают нужные предложения, находятся необходимые люди и т.д. 9. Сознание и тело - единая кибернетическая система. Тело не врет. Люди не отслеживают невербальное поведение. На любой вопрос вначале отвечает тело (бессознательное), а затем уже сознание. 10. Каждое поведение представляет собой лучший выбор, имеющийся у личности в данный момент. Очень узкие убеждения и интересы сделают восприятие мира скучным, предсказуемым и безрадостным, причем различие лежит не в самом мире, а в фильтрах, через которые

мы его воспринимаем. Язык - это фильтр, карта наших мыслей и переживаний, отделенная от реального мира. Задумайтесь на мгновение, что означает для вас слово «красота». Несомненно, у вас есть воспоминания и переживания, внутренние картинки, звуки и ощущения, которые позволяют вам понять это слово. В равной степени кто-нибудь другой будет иметь отличающиеся от ваших воспоминания и переживания и будет думать об этом слове другим способом. Кто же прав? Оба, и каждый в пределах своей собственной реальности. Слово - не переживание, которое оно описывает, и тем не менее люди будут бороться, а иногда даже умирать, веря в то, что географическая карта - это и есть территория. Наши убеждения тоже действуют как фильтры, вынуждая нас поступать определенным образом и обращать внимание на одни вещи в ущерб другим, оказывают огромное влияние на наше поведение. Принято считать, что если человек по-настоящему верит, что он может что-либо совершить, то обязательно это совершит. Такие убеждения, как «Уже слишком поздно», «Ничего не поделаешь, здесь я бессилен», «Я - жертва обстоятельств», «Раз уж на мою долю выпало, никуда не денешься», часто могут являться камнем преткновения, мешающим человеку в полной мере использовать весь потенциал своих естественных ресурсов и бессознательной компетенции (unconscious competence). Мейсон наблюдал пациентов, которым делали одинаковую операцию на глазах. Вначале он спрашивал всех этих пациентов, уверены ли они в благополучном исходе операции. Те, кто смотрел в будущее с оптимизмом, выздоравливали после операции значительно быстрее (Ornstein, Sobel, 1989, с. 246). Дело в том, что они верили в свою способность влиять на процесс выздоровления, они верили, что могут контролировать свою жизнь. Другие пациенты доверяли свою жизнь воле случая и мастерству хирурга. Они зависели от обстоятельств. Их ослабляла убежденность в том, что их жизнь зависит от внешних факторов. Готовность принять на себя ответственность за жизнь придает человеку силы. Тот, кто сам контролирует свою жизнь, наилучшим образом справляется со стрессами и поддерживает в активном состоянии свою иммунную систему (Goodkin et al., 1992). Тесты показывают: если человек принимает ответственность за последствия своих поступков и с оптимизмом смотрит в будущее, активность иммунных клеток (T-лимфоцитов) в его организме значительно возрастает. Такой человек реже болеет, он менее подвержен риску заболевания раком. Исследования, которые проводились в клинике Мейо (Миннесота), на протяжении тридцати лет доказывают, что оптимисты живут дольше пессимистов (Maruta, Colligan, Malinchok, Oxford, 2000). Доктор Тошихоко Марута говорит: «Эти факты подтверждают нашу уверенность в своей правоте, в основе которой лежит здравый смысл. Тело и мышление взаимосвязаны. Поэтому отношение к своей жизни определяет, каким будет ее финал».

Чаще всего выявить отрицательные убеждения, ведущие к неприятным для состояния здоровья последствиям, бывает несложно. Интересно, что направление медицинских исследований все больше отклоняется в сторону области, которая до сих пор считалась сферой деятельности психологов, и сейчас уже трудно провести четкие разграничения между физическими и ментальными факторами заболеваний. Разделять тело и разум на здоровье и болезнь - все равно что пытаться выделить соль из морской воды с помощью ножа. Разум и тело постоянно подталкивают друг друга к здоровью или болезни. Организм не заболевает - это делает человек. Мы постоянно подвергаемся воздействию болезнетворных микроорганизмов, и никому не удается полностью избежать стрессов, горя и неприятностей. И все-таки болезнь оказывается исключением, а не правилом. Мы относимся к своему здоровью как само собой разумеющемуся, пока не заболеем. Здоровье и болезнь являются субъективными переживаниями. Мы сами определяем уровень своего здоровья, главным образом оценивая свои ощущения. Не существует «здоровьеметра», позволяющего объективно измерить здоровье, или «болеметра», который точно определял бы уровень боли. НЛП занимается исследованием структуры

субъективного опыта - нашего способа построения своего уникального внутреннего мира, поэтому оно вполне подходит для того, чтобы исследовать здоровье.

В НЛП три основных элемента. Часть «нейро» имеет отношение к неврологии - к тому, как нервная система поддерживает связь между нашим разумом и телом, «лингвистическое» относится к языку - к тому, как мы воздействуем друг на друга и на себя с помощью языка. «Программирование» указывает на те повторяющиеся последовательности наших мыслей и действий, с помощью которых мы достигаем целей и получаем те последствия, к которым приводит наше поведение.

Почти каждый, кто профессионально связан с заботой о здоровье человека, признает: общий моральный настрой пациента является наиболее влиятельным фактором в процессе выздоровления. На протяжении всей истории медицинских исследований неоднократно подтверждалось, что средства, обладающие лишь плацебо-эффектом, могут быть столь же действенны, как и самые сильные лекарства. Наши убеждения могут формировать, изменять и даже определять уровень наших умственных способностей, состояние здоровья, социальные связи, творческие способности и даже степень личного счастья и жизненного успеха. Многие из наших убеждений были получены в детстве от наших родителей, учителей, социального окружения и средств массовой информации еще до того, как мы могли осознать оказываемое ими влияние или сделать выбор по своему усмотрению. Системы убеждений являются обрамлением любой работы по изменениям, совершаемой терапевтом. Можно учить людей правописанию всю жизнь и можно вводить обратную информацию. Однако если люди действительно верят, что они не могут чего-то делать, они начинают искать подсознательный путь, как избежать изменений, поэтому нужно сначала поработать над их ограничивающими убеждениями. При этом задачей является перейти из настоящего состояния в желаемое. Первый и наиболее важный шаг - идентифицировать желаемое состояние. Всегда нужно четко представлять, что из этого выйдет. Например, при работе с курильщиком нужно помочь ему осознать себя и окружающий мир без сигарет. Как только вы это сделали, значит, запустили процесс изменений, так как мозг - это кибернетическое устройство и при четкой постановке целей организует подсознательное поведение. Автоматически в нем появится самокорректирующаяся обратная связь, чтобы вести его к цели. В Восточном университете США в 1953 г. была написана дипломная работа на тему постановки целей. Человек, писавший диплом, обнаружил, что только 3% студентов поставили себе цели на всю жизнь. Двадцать лет спустя, в 1973 г., проверили тех бывших студентов 1953 г. и выяснили, что доход тех 3%, что указали свои цели, больше, чем доход всех остальных, взятых вместе. Вот пример того, как мозг организовывает поведение для достижения цели.

После того как пациент четко осознал, чего же он хочет, можно начать собирать информацию о текущей ситуации и его настоящем состоянии. Путем противопоставления и сравнения настоящего состояния с желаемым можно определить, какие способности и ресурсы нужны для достижения желаемого.

Хотелось бы представить простую формулу НЛП для изменений:

Настоящее (проблемное) состояние + ресурсы = желаемое состояние.

Иногда можно столкнуться с трудностями при прибавлении средств к настоящему состоянию. Что-то в образе мышления человека мешает. Такие помехи часто в шутку называют внутренними террористами, потому что они являются частью личности, которую нужно развить и склонить на свою сторону, а не разрушить. Для устранения помех нужны дополнительные средства, прежде чем пациент и терапевт двинутся к желаемой цели. Иногда люди пытаются добиться какого-нибудь желаемого результата, но не осознают, что извлекают пользу из трудностей (проблем), которые

стремятся преодолеть. Роберт Дилтс описал работу с пациентом, у которого был рак печени. Когда терапевт спросил, есть ли в нем что-то, мешающее снова стать здоровым, тот засомневался. «Что-то в нем» беспокоилось о том, чтобы он собрал всех своих друзей на большой прощальный вечер, где все откровенничали и плакали. Это «что-то в нем» чувствовало, что если бы он выздоровел, то он, возможно, не оправдал бы тот невероятный взрыв чувств. И все бы потом было ниже того пика эмоций, вызванного его предстоящей смертью. Неспособность оправдать этот пик эмоций породила помехи. Р. Дилтсу пришлось устранить эти помехи, прежде чем предлагать какие-либо другие средства. Возвращаясь к «внутренним террористам», необходимо отметить, что помехи могут принимать одну из трех форм.

Первая форма, когда какая-то часть человека не хочет изменений, а человек не осознает эту свою часть. Пример: работа с мужчиной, который хотел бросить курить, и все сознательное в нем соглашается, но есть неосознанная часть «15-летнего подростка», которая думает, что если он бросит курить, то будет совсем уж конформистом. Если он бросит курить, он больше не будет самим собой. В результате психотерапевту приходится тщательно разбираться с этим вопросом идентификации, прежде чем предлагать ему соответствующие средства на пути к независимой личности. Чтобы создать перемену, нужно действительно хотеть изменений.

Второй вид помех, когда человек не знает, как создать условия для изменений или как бы он себя вел, если бы действительно изменился. Необходимо знать, как перейти из настоящего состояния в желаемое. Пример: работа с мальчиком, у которого были сложности с правописанием. Он пытался писать, произнося буквы. Конечно, он не мог правильно писать, ведь, чтобы сделать это, нужно видеть слово и испытывать чувства, что оно знакомо или незнакомо. Если научить его способу НЛП - написания по визуальной памяти, это позволит ему знать, как писать правильно.
Это приводит нас к третьему виду помех. Человеку нужно дать себе шанс использовать то, чему он научился. Вот наиболее общие примеры того, как люди не давали себе возможности измениться.

Человеку часто нужны время и место, чтобы произошло изменение. Если кто-то применяет интенсивный метод похудения и не видит результатов через несколько дней, он не дает себе даже «шанса» измениться. Таким образом, просто давая себе время, вы можете дать себе нужный шанс.

Существует также четыре дополнительных элемента, которые влияют на изменения и являются частью этих позиций: хотеть изменений, знать, как измениться, и давать себе шанс измениться. Эти элементы таковы: 1) физиология, 2) стратегии, 3) конгруэнтность, 4) системы убеждений. Каждый из них тем или иным образом влияет на осуществляемые изменения. Их можно разделить таким образом: физиология и стратегии относятся к позиции «знать, как делать». Как вы осуществляете определенное поведение? Конгруэнтность и убеждения относятся к позициям «хотеть делать что-либо» или «давать себе шанс сделать это». Вы должны суметь полностью принять личное обязательство и не бороться с собой или другими людьми при его выполнении, суметь поверить, что это возможно.

Но, возможно, самой большой преградой на пути к развитию личности является глубоко укоренившаяся система ценностей, в которой превыше всего ценятся стабильность и традиция. Верность традициям сохраняется, несмотря на прогресс, а также предписывается превосходство тому, что произошло, над тем, что может произойти. Привязанность к разработанной на основе прошлого опыта системе ценностей и ожиданий, касающихся того, каким образом следует представлять и видеть определенные вещи, наблюдается у большинства больных, страдающих депрессией. Уверенность в том, что чувства - точное отражение опыта, являющаяся

одним из примеров нарушения процесса познания, приводит к серьезным осложнениям, так как субъективные ощущения могут иметь мало общего с объективной действительностью. Существует множество убеждений, являющихся причиной нарушения жизненного восприятия, например «хотеть - значит мочь», «у всего есть своя причина» и «существует лишь один верный способ действия» (рис. 2.12-2.14).

«ХОТЕТЬ - ЗНАЧИТ МОЧЬ»



Рис. 2.12. Из блога тренера Международного университета единства Юлии Орловой

Данное убеждение вместе с вытекающим из него принципом «если у тебя не получилось в первый раз, попробуй еще раз» может стать источником мотивации, но может привести и к разочарованию. Иногда пациент все больше и больше вовлекается в какое-нибудь дело, веря, что его настойчивость и самоотверженность в конце концов приведут к успешному завершению начатого. К сожалению, иногда оказывается недостаточно даже самой горячей вовлеченности в дело. В конечном счете человек может достичь лишь того, что для него в действительности возможно. Люди иногда ставят перед собой совершенно нереальные цели.

«У ВСЕГО ЕСТЬ СВОЯ ПРИЧИНА»



Рис. 2.13. У всего есть своя причина...

Одной из наиболее интересных особенностей человека является потребность во всем найти определенный смысл. Любой человеческий опыт становится импульсом к поиску связи между причиной и результатом. Формулируемые людьми теории могут и не иметь под собой какого бы то ни было объективного фундамента, а тем самым в действительности они могут ничего не доказывать, но, если человек однажды признает их удовлетворяющими для объяснений хода событий, потребность в поиске правды, как правило, исчезает.

«СУЩЕСТВУЕТ ЛИШЬ ОДИН ВЕРНЫЙ СПОСОБ ДЕЙСТВИЯ»

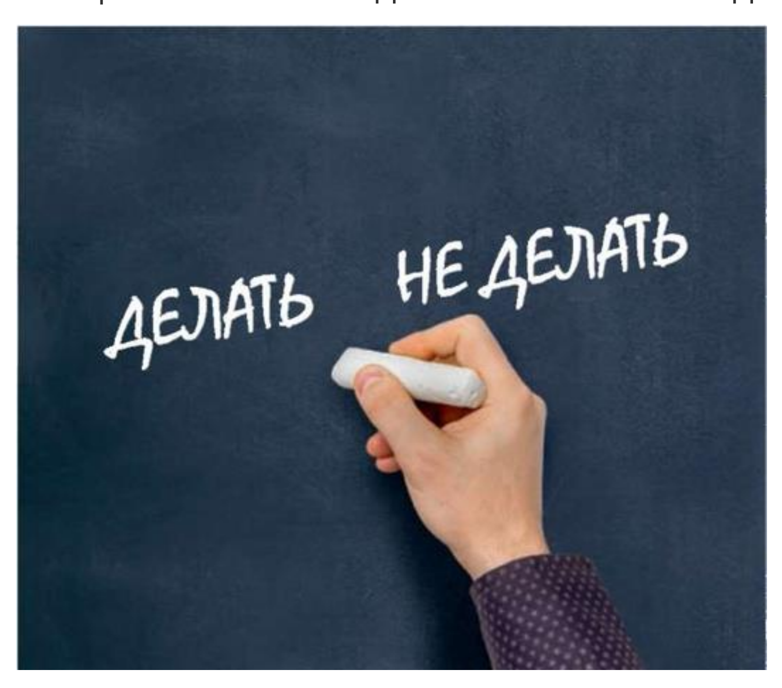


Рис. 2.14. Проблема выбора решения

Это одно из наиболее догматичных убеждений, порождающих (в более широком контексте) предубеждения и войны, а на уровне личности - интра- и интерперсональные проблемы. Человеку сложно выдержать оказываемое на него давление, вынуждающее принять определенные другими безапелляционные стандарты поведения. Если человек имеет настолько сильную индивидуальность, что ему удастся выдержать это давление, - это полбеды. Но если кем-то овладело чувство вины, а самооценка зависит от одобрения окружающими, такой человек может легко погрузиться в депрессию. Угождение любым ожиданиям окружающих ведет к депрессии, так как при чужом влиянии на наше чувство собственной значимости мы теряем индивидуальность со всеми вытекающими отсюда последствиями.
Есть стандартная методика НЛП, называемая реимпринтингом, или изменением личностной истории, в которой ресурс привносится в прошлое человека. Как правило, в ней используется способность, которой человек в детстве не обладал, но развил, уже будучи взрослым.

Импринт - не просто какое-то травмирующее событие в биографии, это убеждение или формирующий личность опыт. Он не обязательно должен быть травматическим. Это то, что отражается в вашей личности. Процесс реимпринтинга является результатом совместной работы Дилтса и Лири.

Термин imprint восходит к этологу Конраду Лоренцу, который изучал утят с того момента, когда они вылуплялись из яйца. Он установил, что, едва вылупившись из яйца, утята были заняты поиском «образа матери». Для определения своей матери они высматривали всего лишь один конкретный параметр. Единственное, что должна была делать их мать, - это двигаться. Если появлялся двигающийся объект, они начинали повсюду следовать за ним. Для одного из утят таким импринтом был воздушный шарик, и, когда шарик перемещали с места на место, утенок повсюду следовал за ним. Когда этот утенок вырос, он не обращал абсолютно никакого внимания на своих соплеменниц, и все его ухаживания и стремление образовать пару были направлены на любой круглый предмет. Это говорит о том, что когда утенок вырос, то импринт матери перешел также и на подругу. В некоторой степени это проявляется и у людей.

2.5.2. Общий обзор техники реимпринтинга (Р. Дилтс)

Нам нужны правила поведения, совместимые с безжалостными биологическими законами и в то же время морально приемлемые для нас и для других людей.

Ганс Селье

Целью техники является найти ресурсы, необходимые для изменения убеждения и обновления ранее сформированных ролевых моделей, а не просто решить эмоциональные проблемы.
Этапы реимпринтинга

1. Определите особые симптомы (это могут быть чувства, слова или образы), ассоциируемые с тупиком. Большинство людей хотят избежать симптомов из-за возникающего дискомфортного состояния. Важно помнить, что, избегая их, не избавиться от ограничения.

Пусть пациент сосредоточится на симптомах, встанет на свою линию времени (обратясь лицом к будущему) и медленно идет назад, пока не достигнет самого раннего опыта данного чувственного переживания и/или симптомов, ассоциированных с этим тупиком.

Поддерживая его в ассоциированном/регрессированном состоянии, предложите ему вербализировать обобщения или убеждения, сформированные на основе данного опыта.

2. Пусть теперь он сделает шаг назад и окажется во времени, непосредственно предшествующем импринту. После этого ему нужно сойти с линии времени и вернуться в настоящее и уже оттуда посмотреть на импринт из «метапозиции».

Попросите пациента отметить для себя воздействие, оказанное на его последующую жизнь этим более ранним опытом. Пусть он также вербализирует любые иные обобщения или убеждения, сформировавшиеся под влиянием данного импринта (убеждения часто формируются *post factum).*

3. Нужно найти позитивное намерение или вторичную выгоду симптомов либо реакций, сформировавшихся на основе им-принта. Определите также всех значимых участников импринта. Фактически симптомы могут появляться из ролевого моделирования этих людей. Найдите позитивное намерение в их поведении. Это можно сделать, ассоциируясь с кем-то значимым и наблюдая событие с его точки зрения.

4. Для каждого из вовлеченных в импринт людей:

■ определите ресурсы или варианты выбора, которые были необходимы данному человеку, но тогда он ими не располагал, а теперь они в его распоряжении. Не ограничивайте себя теми способностями, которыми пациент или другой значимый участник располагали в то время. Коль скоро ваш пациент (но не другие) имеет эти ресурсы сейчас, вы можете использовать их для изменения этого опыта. Предложите пациенту встать на свою линию времени в том месте, где он наиболее остро ощущает этот ресурс, и «заякорите» его (убедитесь в том, что ресурс находится на соответствующем логическом уровне);

■ передайте этот ресурс значимому другому. Представьте, что ресурс в виде луча света направлен назад через линию времени, внутрь этого человека. Обратите внимание на то, как этот ресурс меняет динамику всей системы. Отрегулируйте данный ресурс, если необходимо;

■ держа ресурсный якорь, предложите пациенту сойти с линии времени, вернуться к импринту, занять позицию человека, которому был необходим ресурс, и оживите данный импринт с точки зрения этого человека, подключая требуемый ресурс;

■ попросите пациента сойти с линии времени, отказаться от опыта импринта и обновить или усовершенствовать те обобщения, которые бы он сейчас сделал на основании данного опыта. Повторите эту процедуру для каждого значимого участника данного импринта.

5. Попросите своего подопечного определить наиболее важный ресурс или убеждение, которое ему необходимо. «Заякорите» этот ресурс и возвратитесь с ним на предшествующий данному импринту участок линии времени. Пусть ваш подопечный возьмет данный ресурс в свое более юное «я» и пройдет всю линию времени, вплоть до настоящего, переживая изменения, произведенные реимпринтингом.

2.6. ПРИМЕНЕНИЕ НЕДИРЕКТИВНОЙ ГИПНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛИ И СТРЕССА

Инстинкты и эмоции определяют ход жизни, а логика, направляемая разумом, - единственный способ удостовериться, что вы применяете лучшие средства и не сбились с пути.

Ганс Селье

Феномен гипноза наблюдался на протяжении многих веков, однако систематическая разработка клинических основ его при-

менения и проведение исследований в этой области были начаты только в XIX в. (Ellenberger, 1970). Виджселаар и ван дер Харт (Vijseiaar, Van der Hart, 1992) описывают одно из самых ранних упоминаний (1813) использования гипноза голландскими врачами для лечения травматического горя. Гипноз достаточно широко использовался во время Первой и Второй мировых войн для подавления травматического опыта. Однако в научной литературе описано только одно рандомизированное контролируемое клиническое исследование применения гипноза к пациентам с различными типами посттравматической симптоматики (Brom et al., 1989). Это исследование показало, что гипноз значительно уменьшает симптомы вторжения и избегания. Однако здесь шла речь о классическом гипнозе. А мы хотели бы поговорить о так называемой недирективной гипнотерапии, обязанной своим существованием Милтону Эриксону, признанному величайшим психотерапевтом XX в.

Директивный гипноз - это вкладывание инструкций. «Я сосчитаю до пяти, и вы заснете. Запах водки будет вызывать у вас тошноту и рвоту!».

Недирективный гипноз - это сбор информации от пациента. Идет оперирование более объемными фразами: «Я не знаю, какую именно реакцию вызовет у вас запах алкоголя. Будет ли это тошнота, рвота или любая другая реакция внутри вас, которая будет достаточна для вас. Я просто предложу вам представить себе запах водки и вкус водки и поинтересуюсь, какие ощущения возникают у вас внутри». Транс, согласно Эриксону, является тем состоянием, которое облегчает обучение и делает открытость и готовность принять изменения наиболее вероятными.

Очень сложно дать точное определение феномену гипноза и тем более объяснить его происхождение. Ниже приводится одна из последних научных теорий, пытающихся ответить на вопрос «Что такое гипноз?».

Итак, наш мозг работает в четырех главных состояниях, определенных частотой электрических разрядов, генерируемых в результате обмена веществ в нервных проводниках. Четыре состояния включают состояние активного бодрствования, транса, дремоты и сна. Эти четыре состояния соответствуют электрической активности мозга в определенном диапазоне частот. Активное бодрствование имеет место, когда большинство электрической активности мозга приходится на бета-диапазон (14-35 Гц). Состояние гипнотического транса связано с диапазоном альфа (8-13 Гц), а дремота и сон - с тета- (4-7 Гц) и гамма- (3-5 Гц) диапазонами соответственно. Состояние активного бодрствования - то, в котором мы проводим большую часть времени. В этом состоянии наш ум внимателен и использует логику, чтобы рассуждать, оценивать, судить и принимать решения. К сожалению, когда в нашей жизни происходят перемены, при осознавании жизни сознание часто запутывается.

В состоянии транса двери между сознательным и подсознательным открыты, воспоминания становятся легкодоступными, и сохраняется новая информация. В это время мы на самом деле не думаем в традиционном смысле. Мы чувствуем без вопросов, без критических суждений или анализа, как при просмотре кинофильма, и гипнотерапевт может делать внушения, которые очень напоминают «наклейки». Это происходит, потому что наше сознание отдыхает. Мы не «судим», не относимся к внушениям критически.

Мы последовательно проходим через все четыре состояния, когда электрическая активность уменьшается при отходе ко сну и увеличивается на пути пробуждения к

активному бодрствованию. Независимо от того, засыпаем мы или просыпаемся, когда проходим через верхний тета-, нижний альфа-диапазон, мы входим в гипноз автоматически. Нет никакого средства на земле, способного это остановить. Аналогично нет никакой возможности вынудить нас к гипнозу, мы должны сами хотеть войти в транс и в дальнейшем следовать указаниям гипнотерапевта. Сознательное желание пациента всегда имеет место и значение. Если по некоторым причинам мы сами будем против принятия внушений, они будут отвергнуты. Курильщик, который пришел, чтобы избавиться от никотиновой зависимости, но на деле вовсе не стремится к этой цели, не может быть вынужден это сделать. Что до влияния подсознательного на здоровье и благосостояние пациентов, то подсознательная часть разума начинает работать задолго до сознательной, в самом раннем детстве. На уровне инстинкта стратегии самосохранения и выживания безвозвратно выгравированы в бессознательном. Сознание вместе со своей критической способностью развивается позже, в раннем детстве. К этому времени подсознание твердо внедрило в него инстинкт выживания, чтобы сохранить организм здоровым и благополучным. Менее техническое определение гипноза - естественное появление измененного состояния сознания, в котором критическая способность обойдена (ум в сознательном режиме) и приемлемо выборочное мысленное представление. Это означает, что рассуждающая, оценивающая, выносящая суждения часть нашего разума (сознание) обойдена. Однако интересно, как же это возможно, ведь она все время с нами. Рекламная индустрия постоянно пытается обойти наше критическое суждение, чтобы повлиять на поведение людей при покупке. Мы приостанавливаем свое критическое суждение и тогда, когда информация исходит из авторитетного источника: доктора, духовного отца, профессора и многих других. Дети часто приостанавливают свое критическое суждение в играх «давайте притворимся». Актеры делают это, играя роль. Они должны приостановить свою критическую способность и просят аудиторию помочь им принять их так, будто они являются кем-то еще. С обойденной критической способностью определенные мысли (внушения) могут быть помещены в подсознание, где могут подтолкнуть пациента к желаемой цели или положительному изменению поведения.

Психотерапевт никуда не «погружает» своих пациентов, они сохраняют самоконтроль, ими не руководит воля другого человека. Фактически транс - совершенно естественное состояние, которое проявляется, когда мы погружаемся в мечты. Другие формы транса - медитация, молитва, однообразные физические упражнения, которые иногда называют «медитацией в движении». В таких случаях человек осознает, что внутренние состояния и ощущения воспринимаются более ярко, чем внешние стимулы: звуки и движения, которым придается меньшее значение.

В трансе пациенты начинают часто интуитивно понимать смысл и значение сновидений, символов и других форм выражения бессознательного. В этом состоянии они больше способны на то, что Эриксон называл «бессознательным обучением», их меньше беспокоят собственные мысли и бытовые мелочи. Внушения гипнотерапевта воспринимаются менее критично, но все же если эти внушения идут вразрез с ценностными ориентациями пациента, то их усвоение будет частичным либо они будут отвергнуты вовсе. Амнезия может сохраняться в течение всего транса либо какую-то часть времени, но она ни в коем случае не является главной составляющей транса.

А вот как Alanna F. Fox и Terril D. Starks в своей статье развенчали десять самых популярных мифов про гипноз (http://www. atlantawesthypnotherapy.net/aboutus/hypnosismyths.html).

2.6.1. Десять самый популярных мифов про гипноз

Чтобы добиться чувства уверенности и надежности, человеку нужно найти оптимальный для себя уровень стресса и расходовать адапционную энергию в таком темпе и направлении, которые соответствуют врожденным особенностям и предпочтениям.

Ганс Селье

Миф 1. Гипнотизер будет способен управлять моим разумом

Факт: никто не может управлять вашим разумом, если вы этого не позволите. Ваш гипнотерапевт предложит вам то, что вы хотели получить, исходя из данных предшествующего опроса. Ни на одно мгновение в ходе сеанса вы не потеряете контроль над собственным разумом. Если услышите предложение, на которое не согласитесь или не поймете его, оно будет автоматически отклонено вашим подсознанием.

Миф 2. Меня заставят делать глупые вещи, например лаять как собака или ходить подобно утке

Реальность: это предположение основано на театральных постановках и голливудской беллетристике. На самом деле добровольцы, вызывающиеся участвовать в представлении, позволяют себе делать такие глупости. Гипнотерапия же - серьезный процесс самоусовершенствования, а не развлечение.

Миф 3. Гипноз - производное черной магии (другой вариант: он сверхъестественен)

Реальность: гипноз - естественное состояние, которое изучалось с научной точки зрения. Гипнотерапевт - не медиум или хиромант с особыми способностями. Гипнотерапия основана на многолетних клинических исследованиях знаменитых ученых, таких как Зигмунд Фрейд, Карл Густав Юнг и позже - Милтон Эриксон и Джон Каппас.

Миф 4. Если меня загипнотизируют, я могу пропустить этот момент, или гипноз опасен

Реальность: гипноз очень безопасен и фактически является состоянием гиперосведомленности. В любой момент при необходимости человек смог бы самостоятельно выйти из транса, открыть глаза, потянуться или заговорить.

Миф 5. Прежде я никогда не подвергался гипнозу

Реальность: каждый человек совершенно естественным образом вводит себя в транс по крайней мере дважды в день - как раз перед засыпанием ночью и после пробуждения каждое утро, прежде чем встать с кровати. Большинство людей легко подчиняются «гипнозу окружающей среды»: в кино, смотря телевизор, ведя машину по магистрали или читая хорошую книгу.

Миф Б. Гипноз - чудодейственное средство

Реальность: гипноз - это относительно быстрый метод индукции постоянного совершенствования, а вовсе не что-то вроде «гипночуда» за один сеанс! Каждый индивидуум двигается вперед с его или ее собственной скоростью. Едва ли стоит беспричинно надеяться на мгновенный успех.

Миф 7. Гипноз - сильное средство, чтобы заставить кого-то признаться

Реальность: гипнотические сеансы сохраняются в тайне и не могут использоваться как доказательство для суда. Это не альтернатива испытанию на детекторе лжи. Гипноз не может вынудить кого-то сообщать правду или признаваться.

Миф 8. Когда меня загипнотизируют, я перестану сознавать происходящее вокруг, не буду иметь никакой памяти о сеансе

Реальность: гипноз не является одной из разновидностей сна. Фактически большинство людей сообщают о том, что у них была повышенная способность к пониманию, концентрации и фокусировке и, возможно, в течение сеанса они даже слышали острее.

Миф 9. Самогипноз безопаснее, лучше или эффективнее, чем поход к обученному профессионалу

Реальность: самогипноз может быть вреден, если он не преподан обученным профессионалом, так как отрицательное отношение или неуверенность в себе будет укрепляться независимо от произносимых внушений. В конечном счете это может принести много проблем и стрессов. Гипнотерапия непосредственно обращается к подсознанию, на что самогипноз не способен.

Миф 10. Меня нельзя загипнотизировать, потому что мой разум слишком сильный (дисциплинированный)

Реальность: это архаичная вера, чья несостоятельность в последнее время была доказана окончательно. Ранее считалось, что только 50% населения можно загипнотизировать, но за последние 30 лет доктор Джон Каппас развил методы, наводящие транс у 100% пациентов. Аналогичной эффективностью обладает и недирективный гипноз Милтона Эриксона. В течение первого сеанса терапевт обязательно поймет, как вас загипнотизировать. Ведь, поскольку решение об использовании гипноза для самоусовершенствования вы приняли самостоятельно, ваш разум уже согласился с идеей относительно транса.
Многочисленные источники говорят о том, что метафоры или различные истории создают возможность внушения определенной точки зрения, склоняя к идентификации себя с героями (Розен, 1982; Зейг, 1980). В раннем периоде лечения, когда клиницист еще не концентрируется на специфических проблемах данного пациента, безотлагательной целью терапии становится развитие у больного большей гибкости. В этот период метафоры могут применяться с целью вызова у пациента кризиса, а также мотивирования его к принятию идей и тактик, направленных на избавление от ригидности и внушение ему необходимости изменений. Данные метафоры можно конструировать различным образом - как универсальные, специфические, в которых терапевт обращается к конкретным фактам из истории жизни отдельных клиентов. Метафоры, использующие «универсальные отношения», касаются изменений, происходящих в одной из плоскостей, находящихся в центре внимания данного лица. К примеру, они могут относиться к изменениям, являющимся следствием технического прогресса, с учетом его часто игнорируемой цены. В другом случае более прозрачной аналогией могут стать исторические или общественные перемены; впрочем, терапевт может использовать любые метафоры, которые, основываясь на своих знаниях о пациенте, он сочтет наиболее полезными. Вот пример: «Не знаю, принимала ли ты когда-нибудь во внимание... но ты можешь сделать это сейчас... нечто очень важное. Каждый шаг вперед несет в себе какую-то выгоду, ты должна за него чем-то заплатить... ты должна заплатить даже за то, что остаешься на одном и том же месте... если подобное вообще возможно... но изменение окружающего мира создает для тебя прекрасные возможности... которые ты недооцениваешь, принимая их за нечто вполне очевидное... Возьмем, к примеру, технический прогресс: он доказывает, что изменение - это нечто прекрасное, открывающее перед тобой большие возможности, которые компенсируют расходы, потому что, когда ты летишь в самолете, тебе предоставляется шанс за короткое время преодолеть большое расстояние... хотя тучи и воняют бензином... А когда ты пользуешься телефоном, это облегчает передачу информации... хотя в некотором

роде лишает конфиденциальности... Машина позволяет тебе доехать куда угодно и когда угодно... но на дорогах создаются пробки, и ты должен платить за бензин. Однако, когда приходят перемены, выгода от которых превосходит расходы... изменения, которые тебе еще предстоит пережить, хотя сегодня ты еще не можешь предвидеть их наступления... тогда ты с легкостью согласишься с тем, что прогресс имеет свою цену и, поскольку ты уплатил по счетам... у тебя есть полное право пользоваться всем хорошим, что несет с собой прогресс».

Данная метафора опосредованно внушает пациенту необходимость признать неизбежность изменений и понять, что, если он сконцентрируется на вытекающей из изменений пользе, а не на бегстве от них, перемену можно будет принять, и, возможно, она даже принесет настоящую радость.

2.7. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ. ОБЗОР ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Человек нуждается в признании, он не может вынести постоянного порицания, потому что это больше всех других стрессоров делает труд изнурительным и вредным.

Ганс Селье

Когнитивно-поведенческая психотерапия является одним из ведущих направлений психотерапии в США, Германии и ряде других стран, входит в стандарт подготовки врачей-психиатров.

Историческая справка

В 1913 г. американский психолог Джон Уотсон публикует свои первые статьи о бихевиоризме (англ. behavior - поведение). Он призывает коллег сосредоточиться исключительно на изучении поведения человека, на исследовании связи «внешний раздражитель - внешняя реакция (поведение)».

Моделирование поведения (бихевиоризм) - метод, легко применимый в амбулаторных условиях и ориентированный на проблему. Его чаще называют обучением, что привлекает пациентов, избегающих слова «больной». Он побуждает к самостоятельному решению проблем, что очень важно для людей с пограничными нервно-психическими расстройствами, в основе которых лежит инфантилизм. Поведенческие приемы ориентированы на конкретные ситуации и действия. По контрасту со строгими когнитивными приемами поведенческие процедуры нацелены на то, как действовать или как справляться с ситуацией, а не как ее воспринимать.



Рис. 2.15. Джон Бродес Уотсон (1878-1958)

Основатель рационально-эмоциональной психотерапии американский психолог Альберт Эллис в 1960-е гг. заявляет о важности промежуточного звена в этой цепи - наших мыслей и представлений (когниций).

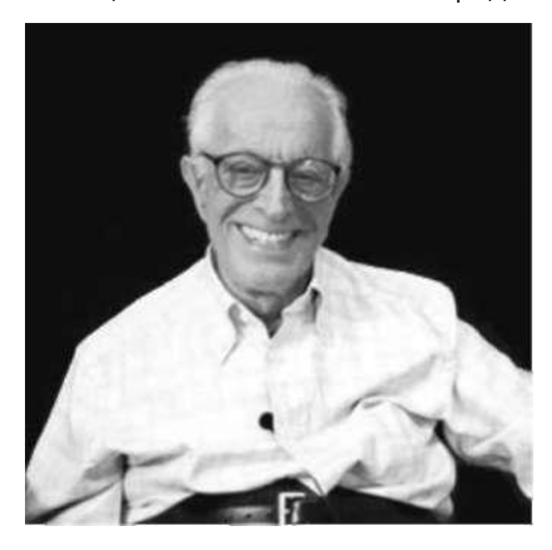


Рис. 2.16. Альберт Эллис (1913-2007)

Одновременно его коллега Аарон Темкин-Бек начинает изучать сферу познания. Оценив результаты различных методов терапии, он пришел к выводу, что наши эмоции и наше поведение зависят от стиля нашего мышления. В конечном счете именно Аарон Темкин-Бек и стал основателем когнитивно-поведенческой психотерапии.



Рис. 2.17. Аарон Темкин-Бек (род. 1921)

Когнитивно-поведенческие техники основаны на изменении неадекватных стереотипов мышления, представлений, которыми личность реагирует на внешние события или которые часто сопровождаются тревогой, агрессией или депрессией.

Кроме того, одна из принципиальных задач каждой поведенческой техники - изменить дисфункциональное мышление. Например, если в начале терапии пациент сообщает, что его ничего не радует, а после проведения поведенческих упражнений меняет эту установку на позитивную, то одна из задач выполнена.

Когнитивно-поведенческая психотерапия относится к краткосрочным методам психотерапии. Термин «когнитивный» используется потому, что обнаружение специфических нарушений эмоций и поведения нередко зависит от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «когниции» входят убеждения,

установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Пациенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, прийти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-поведенческий психотерапевт, работая с больным, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем, соединив свои усилия с усилиями пациента.
Поведенческая психотерапия включает в себя различные виды научения (обусловливания). Первые опыты применения поведенческой терапии, описанные пионерами этого направления И.П. Павловым, Б.Ф. Скиннером, были посвящены классическому и оперантному обусловливанию.

Классическое, или павловское, обусловливание показывало, что формирование условной реакции подчиняется важнейшему требованию - совпадению во времени индифферентного и безусловного раздражителей. Классическое обусловливание заключено в формуле «стимул-реакция».

Суть оперантного обусловливания можно отразить следующим образом: поведение закрепляется (контролируется) его результатами и последствиями. Поведение, которое приводит к достижению положительного результата, закрепляется, и наоборот, не приводящее к нему ослабляется или угасает (положительное и отрицательное подкрепление).

По мере того как новые поколения врачей применяли поведенческие техники, стало очевидным, что проблемы ряда пациентов гораздо сложнее, чем сообщалось в прежних публикациях.

Появление в 1961 г. статьи «Психотерапия как процесс научения» А. Бандуры (Bandura A.) и его последующие работы стали событием для психотерапевтов, ищущих интегративные подходы. Бандура представил в них теоретические обобщения механизмов оперантного и классического научения и одновременно подчеркнул важность когнитивных процессов в регуляции поведения. Наблюдая за действиями другого человека, можно научиться определенному поведению, даже не осуществляя его. Модель может помочь проявить новое поведение на психотерапевтическом занятии (например, после просмотра фильма) и дает пациенту возможность научиться поведению, которого ему недостает, в результате репетиции поведения (как спросить другого человека, что он чувствует по поводу его поведения). В последние годы для целей моделирования стали использовать клинические ролевые игры (Киппер Д., 1994).
Поведенческие изменения часто возникают как результат когнитивных изменений.

Поведенческие приемы включаются в курс психотерапии и психопрофилактики. Их можно разделить на методы редукции поведения и методы, усиливающие поведение (табл. 2.3, 2.4).

Таблица 2.3. Методы редукции поведения

Название метода	Описание
Погашение	Отказ в подкреплении, следующий за несоответствующим поведением
Смена стимула	Изменение дискриминационного стимула (удаление или изменение запускающего поведение предшествующего стимула)
Наказание	Предоставление мягкого аверсивного стимула (aversio - отвращение), следующего после неадекватного поведения
Выключение позитивного подкрепления (тайм-аут)	Отсрочка положительного подкрепления на короткое время после неадекватного поведения
Сверхкоррекция	Пациент восполняет потерю и вносит дополнительную плату
Название метода	Описание

Дифференцированное положительное подкрепление	Подкрепляется поведение, несовместимое с демонстрируемым
Постепенная подготовка к аверсивному стимулу (десенсибилизация)	Постепенное погружение в психотравмирующую ситуацию в состоянии безопасности и релаксации
Скрытое моделирование, реципрокная ингибиция	Представление в воображении избегаемого объекта и вызывание эмоции, противоположной переживаемой в реальности
Моделирование	Демонстрация поведения для копирования
Ролевая игра	Проигрывание соответствующего поведения, ситуации, конфликта с альтернативными вариантами

Таблица 2.4. Методы, усиливающие поведение

Название метода	Описание
Позитивное подкрепление	Предоставление позитивного стимула (награда или приятное событие), следующего за желаемым поведением
Негативное подкрепление	Удаление стимула (аверсивного или угрожающего события), следующего за желаемым поведением
Планируемое игнорирование	Не обращается внимание в случае дезадаптивного характера поведения
Жетонная система	Подкрепляется только желаемое поведение, нежелаемое - штрафуется
Моделирование	Нахождение кого-либо на подходящую модель желаемого поведения и проигрывание роли *in vivo*
Тренинг уверенного поведения	Уверенность обладает противообусловливающим характером пассивному поведению
Когнитивные методы	Обучение рациональным альтернативным способам восприятия действительности и решения проблем

Модель когнитивно-поведенческой психотерапии предполагает, что взаимодействие между когнитивными способностями и поведенческими результатами является основой для активного обучения пациентов, страдающих болью, и развития навыков по ее преодолению. Данная модель обосновывает, что люди не пассивны в своей интерпретации боли и реакции на окружающий их мир. На самом деле пациенты с болью обучаются реагировать на стрессовые ситуации через усвоенный опыт, который помогает формировать индивидуальный опыт борьбы с болью. Не удивительно, что ряд пациентов, страдающих от боли, могут иногда реагировать на различные стрессоры (триггеры) в соответствии с их собственным восприятием ситуации (ситуаций), которая в значительной степени основана на внутренних когнитивных процессах.

Существует несколько общих правил составления программ когнитивно-поведенческой психотерапии.

1. Программы обычно ориентированы на психологические и социальные аспекты (проблемы) жизни пациента.

2. Программы должны широко использовать навыки самоуправления пациента в отношении социальных, бытовых и психологических проблем; обучение навыкам общения с ближним окружением; использование специальных упражнений (дыхательные техники, методики расслабления мышц и др.) на основе домашних заданий; стимулирование жизненной (позитивной) активности и подготовку пациентов для того, чтобы предвидеть возможные неудачи в приобретении новых навыков для борьбы с болью.
Эти терапевтические задачи используются в качестве руководства для того, чтобы помочь пациентам изменить свое отношение к боли.

Во многом это зависит от индивидуальной «конструкции» биопсихосоциальной модели боли, которая определяет ключевой пусковой механизм в ее поддержании, в том числе наличии депрессии, катастрофизации боли, удовлетворенности от работы и др. (рис. 2.18).

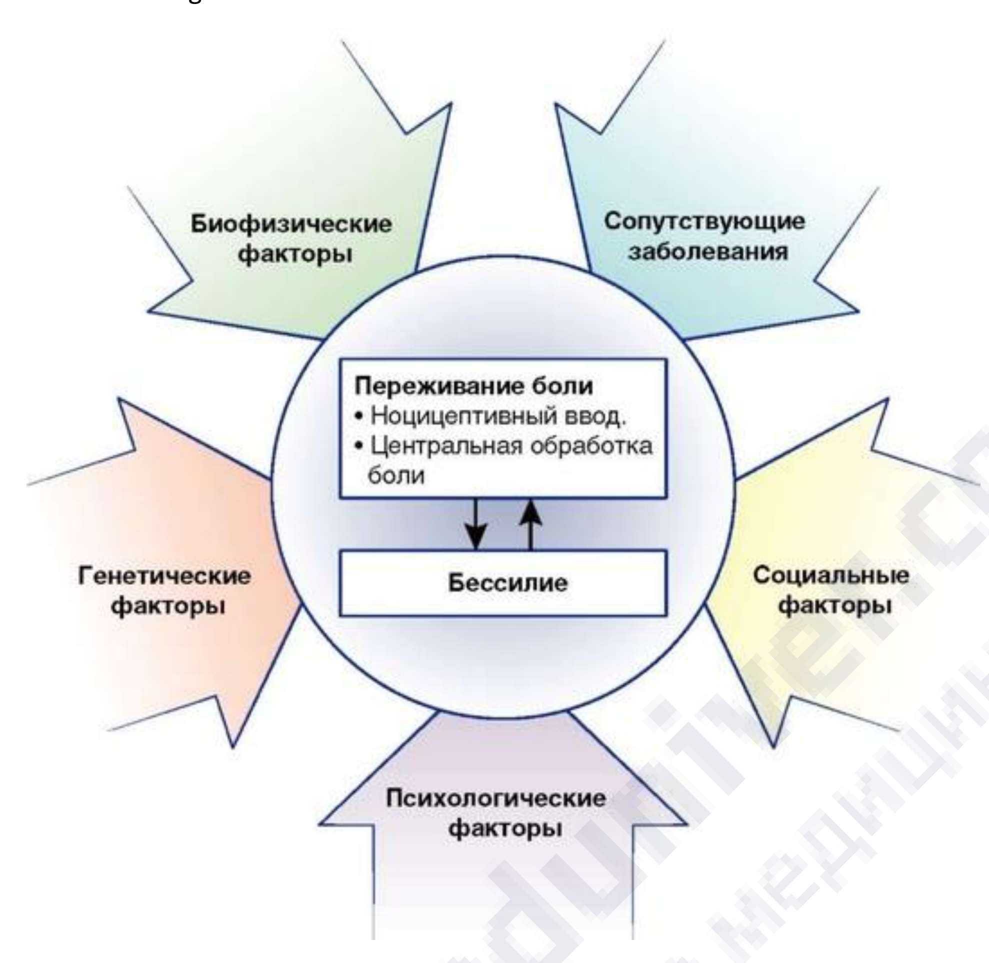


Рис. 2.18. Биопсихосоциальная модель хронизации боли

Далее мы представляем пример программы когнитивно-поведенческой психотерапии при хронической тазовой боли (рис. 2.19).

Эта программа включает последовательные сессии, каждая по 90 мин, направленные на уточнение возможностей пациента, страдающего болью, для самоуправления, оценки наличия катастрофизации боли, уровня социальной поддержки, определения позитивной копингстратегии и новых форм поведения в борьбе с хронической болью, а также закрепления полученных навыков.

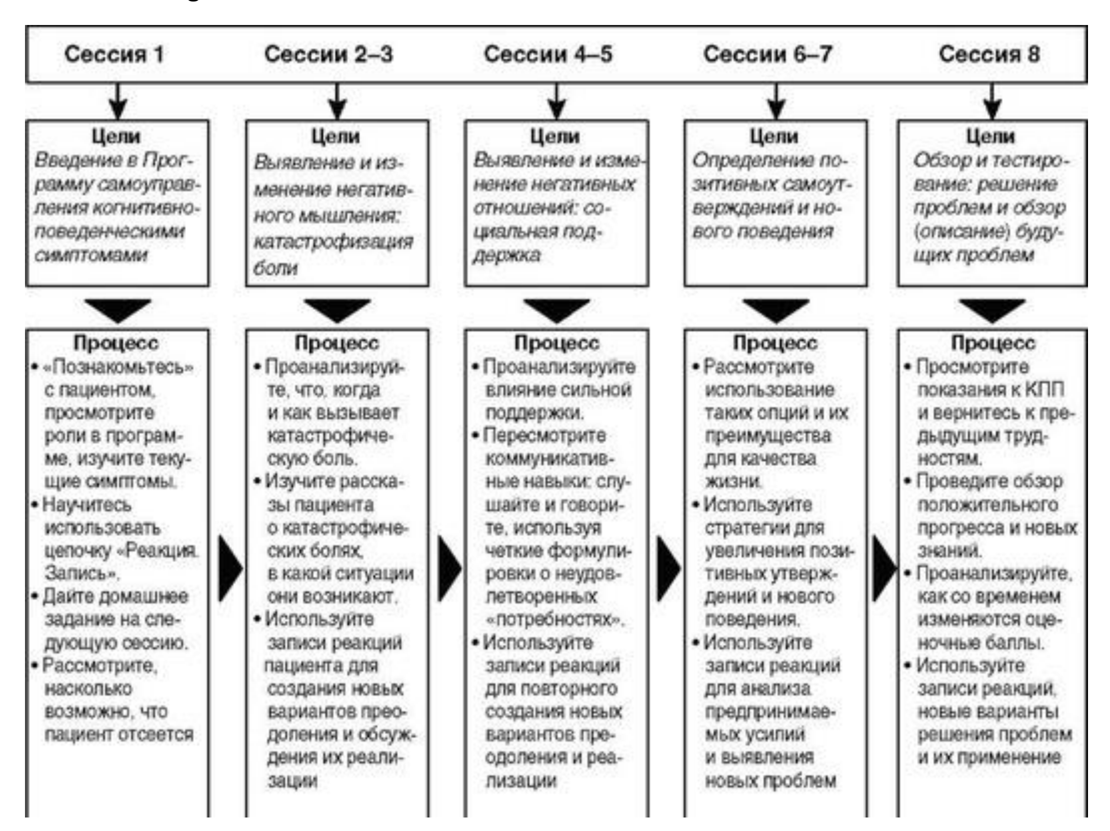


Рис. 2.19. Пример программы когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) при хронической тазовой боли

В случае если пациент с болью в процессе когнитивно-поведенческой психотерапии сообщает о повышенном уровне катастрофического мышления (например, «эта ситуация никогда не станет лучше» или «моя боль никогда не пройдет»), то основной целью программы станет «когнитивная перестройка» с определением персональной позитивной копинг-стратегии и замещением дезадаптивных мыслей на мысли с более реалистичными утверждениями (например, «я обязательно справлюсь с болью» или «боль навсегда покинет меня»).

Подобная программа помогает исследовать новые, основанные на фактических данных способы когнитивной оценки своего болевого поведения, и позволяет пациентам переоценить эти предлагаемые изменения в отношении снижения негативных эмоциональных последствий.

2.8. ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ ПО ДЖЕКОБСОНУ (КОРОТКИЙ ВАРИАНТ)

Ничего не делать - не значит отдыхать.

Ганс Селье

Методы аутогенной тренировки и релаксации (например, прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону) самостоятельного значения в настоящее время не имеют и используются в основном как вспомогательные методы для проведения поведенческой психотерапии (Jacobson E., 1929).

Вводная инструкция: эмоциональные переживания сопровождаются различной степенью напряжения мышц. При страхе, тревоге, гневе мышцы сильно напряжены. При положительных эмоциях мышцы расслаблены.

Занятие проводится сидя. Голова прислонена к спинке кресла, руки лежат на подлокотниках.

Вначале пациент вызывает у себя напряжение последовательно во всех группах мышц, при этом напряжение вызывается на вдохе. Пациент внушает себе ощущение тепла.

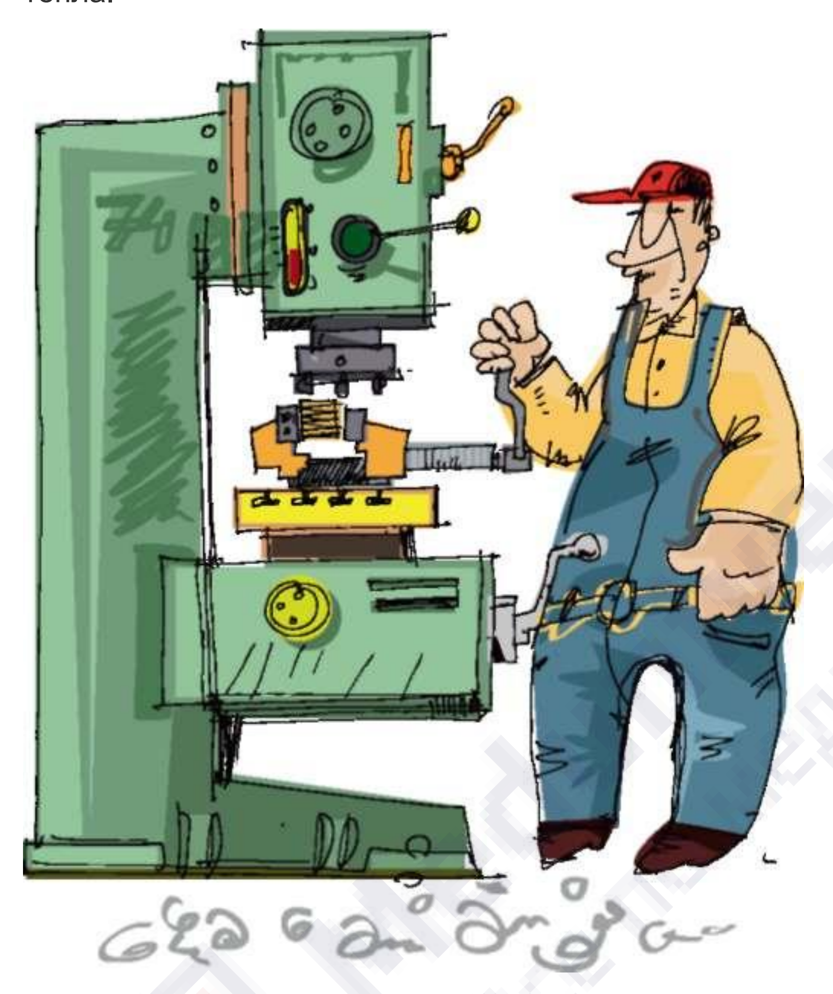


Рис. 2.20. Карикатура на метод прогрессирующей мышечной релаксации

Расслабление сопровождается быстрым и резким выдохом. Время максимального напряжения

мышц 5-7 с, расслабления - 30-45 с. Расслабление иррадиирует по всему телу.

Каждое упражнение выполняется 2 раза.

1. Кисти. Максимально сжать кулаки. Представьте себе, что вы выдавливаете из сжимаемой сосульки воду.

2. Мышцы рук. Руки вытянуты вперед, пальцы растопырены. Необходимо как бы дотянуться пальцами до противоположной стены.

3. Плечи. Как бы дотянуться плечами до мочек ушей.

4. Грудь-спина. Перекрестить лопатки.

5. Живот. Сделайте свой живот каменным, словно отражаете удар.

6. Стопы. Дотянуться пальцами ног до середины голени.

7. Голени, бедра. Пальцы ног фиксированы, пятки поднимаются.

8. Верхняя треть лица. Удивленное лицо, сморщить лоб.

9. Средняя треть лица. Скосить глаза, сморщить нос.

10. Нижняя треть лица. «Улыбка Буратино» - отвести уголки рта до ушей.
11. Нижняя треть лица. «Поцелуй» - губы хоботком, звук «у-тю-тю». Первые три занятия проводятся последовательно со всеми 11 группами. Потом объединяются 1-2-я группа, 3-4-я группа, 5-6-я группа, 7-10-я группа.

Методы самоконтроля. Базируются на оперантном обусловливании с использованием некоторых когнитивно-поведенческих приемов. Тренинг состоит из различных видов поведенческой модификации, планируется и проводится пациентом под руководством психотерапевта. Изменения поведения больного возникают при условии его активного вовлечения в процесс лечения и принятия ответственности за результат. Пациент развивает новые стратегии совладания с трудностями, ранее отсутствовавшие в его поведенческом репертуаре. Методы самоконтроля могут применяться в различных областях: при трудностях в работе и обучении, состояниях зависимости, нарушениях пищевого поведения, страхах и фобиях.

Они помогают уменьшать страх и тревогу, контролировать агрессивное поведение, улучшать учебу, повышать уверенность в себе и в конечном счете - регулировать самооценку.

В частности, применяются следующие приемы: самонаблюдение (ведение дневника поведения); внешний контроль за стимулами (пациентка с булимией удаляет из своей квартиры высококалорийные продукты); самовознаграждение (когда удалось достичь поставленной цели); релаксация с помощью самовнушения, самоинструкции (внутренняя вербализация для саморегуляции поведения); способ остановки мыслей (для прерывания навязчивых идей) и т.д. Наконец, пациент может переходить к самостоятельному осуществлению таких техник, как конфронтация в реальной обстановке или когнитивное переструктурирование. Остановимся подробнее на некоторых приемах.

Самонаблюдение предоставляет психотерапевту возможность исследовать основную линию проблемного поведения. Пациента просят написать, что произошло перед возникновением, например, скандала. Такая запись позволяет оценить, что запускает агрессивное поведение. Кроме того, само по себе самонаблюдение нередко уменьшает проблемное поведение. Для подростков важно научиться проводить функциональный анализ проблем.
Самонаблюдение также позволяет пациенту научиться распознавать собственные мысли (когниции), чувства и действия в проблемных ситуациях. Постепенно вместо вербальной агрессии у него есть шанс использовать более приемлемый способ ее выражения. Самооценочный аспект тренинга способствует развитию понимания человеком его поведения, поиску альтернативных способов решения проблемы (например, действовать уверенно, а не агрессивно), выяснению того, что другие могли чувствовать по поводу его поведения, осуществлять постановку других целей.

Сравнительный анализ многочисленных исследований, в которых изучались различные направления когнитивно-поведенческой терапии при посттравматическом стрессовом расстройстве, показал наибольшую эффективность так называемой вскрывающей терапии (терапия с помощью длительного взаимодействия со стимулами, связанными с тревогой). Она изучалась в 12 исследованиях, и во всех случаях были получены позитивные результаты ее применения для лечения посттравматического стрессового расстройства. Вскрывающая терапия проводилась ветеранам военных действий во Вьетнаме и женщинам, пережившим изнасилование. Почти все исследования были хорошо контролируемыми, восемь из них соответствовали рейтингу А по AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research, Агентство по политике в области здравоохранения и научных исследований) и нескольким критериям «золотого стандарта» для клинических исследований (Foa, Meadows, 1997). Таким образом, выводы об эффективности вскрывающей терапии

весьма убедительны, чего нельзя сказать о других когнитивно-поведенческих направлениях, клиническая эффективность которых остается под вопросом.

2.9. АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА

Каждый должен стремиться к достижению своей вершины в пределах своих возможностей.
Ганс Селье

В основе позитивного эффекта аутогенной тренировки лежит ряд механизмов, в том числе снижение реактивности гипоталамо-лимбических образований по отношению к различным раздражителям, а также интенсивности гипоталамо-кортикальных разрядов, что сопровождается уменьшением эмоционально-вегетативной возбудимости и ослаблением функциональных проявлений.

Я спокоен, я абсолютно спокоен.

Мои глаза наливаются свинцом и закрываются.

Мои руки очень тяжелые.

Мои ноги очень тяжелые, мои кисти очень тяжелые и теплые.

Мои ступни очень тяжелые и теплые. Я чувствую приятное тепло во всем теле.

Мое дыхание медленное и ровное.

Мое сердце бьется медленно и ровно.

Мои плечи свободны и расслаблены.

Мышцы шеи расслаблены, я чувствую в них тепло.

Мои челюсти и язык свободны и расслаблены.

Мой лоб свободен и разглажен.

Мои глаза и мышцы головы тяжелые и расслабленные.

Я совершенно спокоен, я спокоен и счастлив. Жизнь светла

и легка.

Все мое тело спокойно и расслаблено, мне легко и спокойно. Сейчас я открою глаза и буду весел и жизнерадостен.

2.10. ДЫХАТЕЛЬНО-РЕЛАКСАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ

Для организма разрушительны психическое напряжение, срывы, чувство опасности и бесцельность.

Ганс Селье

Основной смысл метода заключается в сочетании элементов прогрессивной мышечной релаксации и медитативной методики с концентрацией внимания на словах «вдох» и «выдох», произносимых про себя в ритме дыхания. При проведении дыхательно-релаксационного тренинга необходимо соблюдать несколько принципов:

- постепенное включение в дыхание диафрагмы;

- формирование определенного соотношения между длительностью вдоха и выдоха (1:2).

Переход на брюшной тип дыхания вызывает рефлекс Геринга-Брейера, который способствует уменьшению активности ретикулярной формации ствола мозга,

снижению психического напряжения, уменьшению гипервентиляционного синдрома и тревоги.

Последовательный план выполнения методики

УПРАЖНЕНИЕ 1

1. Сделайте глубокий плавный вдох (живот постепенно надувается, а грудная клетка по возможности остается неподвижной); делайте это легко, без принуждения.

2. Сделав глубокий вдох, постепенно начинайте выдыхать.

3. Медленно выдыхайте через рот, втягивая живот; грудная клетка и плечи неподвижны (представьте, что вместе с воздухом вас покидают все заботы, все напряжение и боль).

Повторите упражнение в течение 2-3 мин.

УПРАЖНЕНИЕ 2

1. Закройте глаза, медленно и глубоко вдыхайте через нос.

2. После вдоха переходите к медленному выдоху.

3. Выдохните через нос остатки воздуха, выталкивая его сокращениями мышц живота.

4. Вдохните через нос, концентрируясь на том, как воздух проходит через нос и наполняет ваши легкие.

5. На несколько секунд задержите дыхание.

6. Выдохните медленно и глубоко.

7. Повторите 4-6 пункты 8-10 раз.

8. Прислушайтесь к себе, своим ощущениям, медленно откройте глаза и улыбнитесь.

Возможна и такая последовательность выполнения дыхательно-релаксационного тренинга:

■ сделайте глубокий вдох, считая при этом до восьми;

■ затем сожмите губы и медленно выдыхайте до счета 16 или еще дольше, если сможете;

■ сосредоточьтесь на дыхании и постарайтесь представить, как напряжение растворяется при выдыхании.

Глава 3. Психотерапия головной боли

Каждый вправе в глубине души считать, что он лучше всех, даже если другие этого не находят. Такая установка принесет ему пользу и ни для кого не обидна, если он не поднимает из-за этого шума.

Ганс Селье

3.1. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ С ПОЗИЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Поскольку головные боли представляют собой часто наблюдаемый в клинической картине заболевания симптом, они нередко могут сопровождать следующие нарушения.

1. *При психосоматических реакциях на острую травму или острый конфликт.* Подобные примеры большинству из нас известны по собственному опыту, например головные боли после волнующих или тягостных переживаний.

Кратковременные головные боли могут замещать обиду, враждебность и гнев. Они выступают в качестве реакции на переутомление, внутренние или внешние перегрузки на фоне конфликта, связанного с признанием собственной значимости. Часто при головных болях напряжения наблюдается пусковая ситуация невозможности достижения желаемого социального успеха.

2. *В рамках нарушений личностного развития.* Здесь мы должны различать простые аномалии психического развития, когда конфликты осознаются, и аномалии психического развития, при которых конфликты вытесняются в бессознательное.

Примером простой аномалии развития является депрессия истощения по Kielholч (1971), выступающая как следствие длительной эмоциональной нагрузки и протекающая, как правило, в трех стадиях. На первой, астенически-гиперэстезической стадии больные раздражительны и очень чувствительны. На второй стадии выступают психосоматические жалобы, среди которых на первом месте стоят головные боли. Лишь на третьей стадии наконец выступает собственно депрессивная симптоматика в психической сфере и истощение адренергической нервной системы в соматической (типичный депрессивный «синдром головной боли второй половины жизни»).
Примером аномалий психического развития с вытесненными в бессознательное конфликтами являются невротическое нарушение развития и психосоматические заболевания в узком смысле. При обеих формах неосознаваемых аномалий психического развития головные боли являются весьма частым симптомом.

3. *Головные боли у психопатических личностей выступают в рамках дисфорических состояний и в отягощающих ситуациях.*

4. В заключение следует упомянуть *головные боли как психосоматические симптомы в рамках эндогенных психозов.*

Сюда относятся головные боли в рамках шизофренного круга, прежде всего симптоматические шизофренные психозы, как, например, сенестопатическая шизофрения, при которой часто важнейшим симптомом являются своеобразные ощущения в области головы. Эти больные часто затрудняются в вербализации своих ощущений и описывают ощущения в голове не как собственно болевой феномен, а, скорее, как своеобразное чувство, которое может граничить с деперсонализацией.

Наконец, головные боли являются частым психосоматическим симптомом при депрессии. Наряду с другими соматическими жалобами они могут доминировать таким образом, что собственно депрессии распознаются с трудом, поэтому эти депрессии часто описываются как скрытые или маскированные.

3.2. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

Практически каждый так или иначе испытывал головную боль напряжения (рис. 3.1). Эти головные боли очень широко распространены, однако большинство людей практически никогда не обращаются за медицинской помощью (в отличие от мигрени), потому что эти боли, как правило, не бывают интенсивными, почти всегда имеется хороший эффект от безрецептурных анальгетиков, а их связь с усталостью и эмоциональной напряженностью очевидна. Если пациент с головной болью напряжения все же консультируется с врачом, это часто объясняется боязнью серьезного заболевания (типа опухоли мозга или аневризмы) или тем, что головные боли становятся чаще или интенсивнее и не проходят от приема анальгетиков.

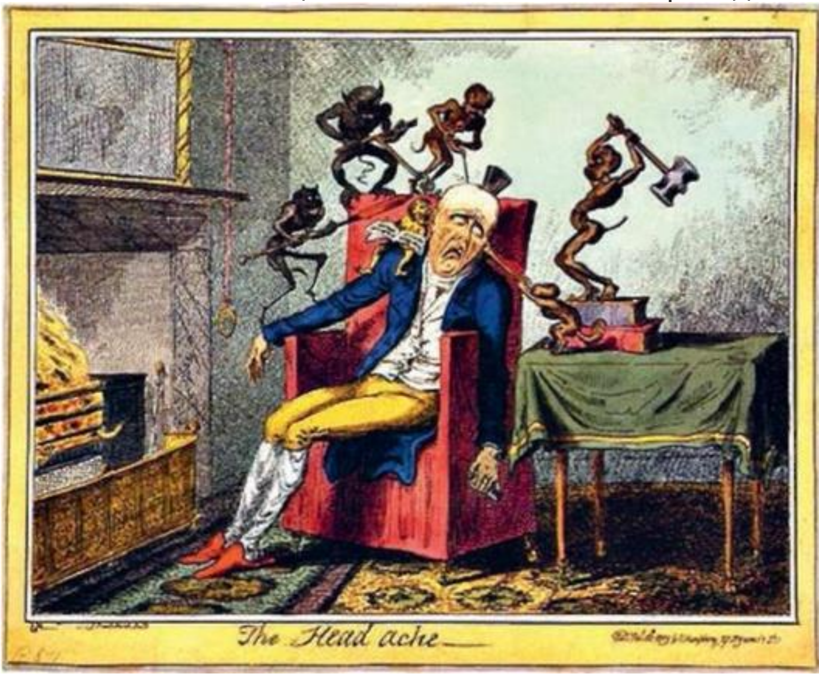


Рис. 3.1. Карикатура G. Cruikshank «Головная боль» (1819)

Обобщенные диагностические критерии головной боли напряжения (Международная классификация головных и лицевых болей, 2018, 3-изд., бета-версия, далее - МКГБ-3 бета)

A. Продолжительность головной боли от 30 мин до 7 дней.

B. Головная боль имеет как минимум две из следующих характеристик:

■ двусторонняя локализация;

■ давящий/сжимающий/не пульсирующий характер;

■ легкая или умеренная интенсивность;

■ боль не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).

C. Оба симптома из нижеперечисленных:

■ отсутствие тошноты или рвоты;

■ только фотоили только фонофобия.

D. Головная боль не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше).

Диагностические критерии нечастой эпизодической головной боли напряжения, не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (МКГБ-3 бета)

A. По меньшей мере 10 эпизодов головной боли, возникающих с частотой не более одного дня в месяц (не более 12 дней в год), отвечающих критериям B-D.

B. Продолжительность головной боли от 30 мин до 7 дней.

C. Как минимум две из следующих характеристик:

■ двусторонняя локализация;

■ давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер;

■ легкая или умеренная интенсивность;

■ боль не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).

D. Оба симптома из нижеперечисленных:

■ отсутствие тошноты или рвоты;

■ только фотоили только фонофобия.

E. Головная боль не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше).

Диагностические критерии хронической головной боли

напряжения, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (МКГБ-3 бета)

A. Головная боль, возникающая ≥15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 мес (≥180 дней в год), отвечающая критериям B-D.
B. Головная боль продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер.

C. Как минимум две из следующих характеристик:

■ двусторонняя локализация;

■ давящий/сжимающий/не пульсирующий характер;

■ легкая или умеренная интенсивность;

■ боль не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).

D. Оба симптома из нижеперечисленных:

■ только фото-, фонофобия или легкая тошнота;

■ отсутствие умеренной или сильной тошноты либо рвоты.

E. Повышенная болезненность перикраниальных мышц при пальпации.

F. Головная боль не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше).

3.3. КАРТИНА ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Головная боль напряжения, возникающая по невротическим причинам, может быть обусловлена внешним и/или внутренним трудовым конфликтом (рис. 3.2). При этом обнаруживаются чрезмерные притязания и слишком большие ожидания успеха и признания. Они приводят к разочарованию, особенно когда их изживание

задерживается чувством вины, исходящим из детства (Бондаренко и др., 1997; Benedittis et al., 1992; Ehde et al., 1992; Holmetal., 1986; Lehrer, Murphy, 1991).

В картине личности часто находят повышенное честолюбие с чрезмерной активностью и обычно очень однообразной жизнью. Стремление к совершенству и повышенный уровень притязаний также характерны для таких больных, у них никогда не наступает полного расслабления. Длительное напряжение мышц плечевого пояса, затылка и всей головы является сопровождающим проявлением и выражением фрустрации, внутренней напряженности, не приводящей к определенности, удовлетворенности и развязке.

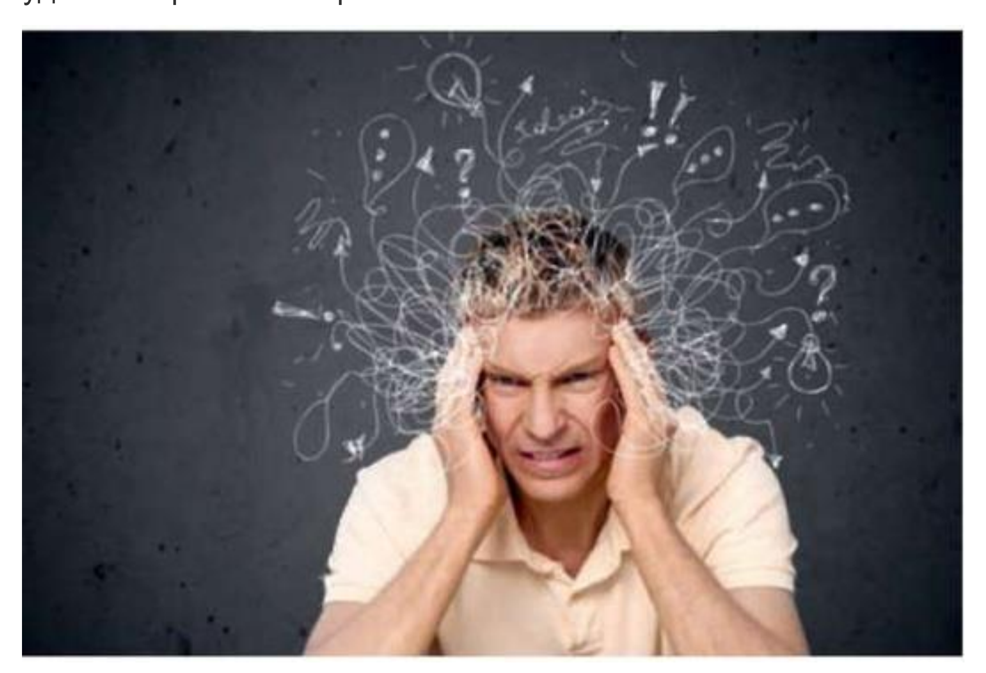


Рис. 3.2. Внутренняя картина болезни при головной боли напряжения

Наряду с такими считающимися типичными обстоятельствами имеются и другие факторы. Различные возрастные группы, разный уровень образования, разные формы социализации и, наконец, исходные личностные структуры - все это имеет значение.
Невротические механизмы могут представлять главный фактор в этиологии синдрома, так что даже обнаружение органического поражения не всегда ведет к цели. Проблема часто остается нерешенной, что подтверждается в том числе трудностями и неоднозначными результатами лечения.

Систематическое изучение жизненных обстоятельств пациентов с головными болями часто позволяет установить связь между приступами головных болей и типичными эпизодами, разыгрывающимися в окружении больного.

Психосоматический подход пытается придать какое-то значение симптому головной боли вне зависимости от его причины. Так, головная боль может означать затруднение мышления. Как при хронической головной боли, так и при мигрени у больных обнаруживается преимущественно уровень интеллекта выше среднего. Мнимая «невротическая тупость» многочисленных больных с привычной головной болью представляется часто ни чем иным как результатом затруднения мышления и следствием их интеллектуального негативизма.

Нельзя говорить о собственном типе личности цефалгического больного, однако у пациентов с головными болями часто встречаются тревожность, повышенные честолюбие и стремление к доминированию, склонность к перфекционизму и, как следствие, хронические психические перегрузки. Высокий уровень притязаний ведет к

конфликту с реальными возможностями и страхами, что может находить выражение в фоновом состоянии хронической напряженности. Кратко это можно обозначить как конфликт между желанием и умением больного.

Какое психологическое значение имеют головные боли? Голова в прямом и переносном смысле является «высшей» частью тела, в которой расположены мозг и органы чувств.

Пациент с головными болями находится в двойственном положении. С одной стороны, он стремится серьезно и активно работать головой, а с другой - боль представляет собой удручающее препятствие. Происходит неосознаваемое символическое отражение подавляемых чувств. Если голова человека все время испытывает давление (давление деятельности), то она «должна» начать болеть. Кроме того, головная боль является способом для разгрузки. Когда, например, гнев или разочарование проявляются в головной боли, то пациенту и его окружающим обычно легче принять телесную симптоматику, чем психическую.
Часто пациенты с головными болями - выходцы из семей, где очень высоко ценятся разум и достижения. Родители нередко сами люди деятельные и не могут уделять своим детям достаточно тепла, времени и терпения, отводя мало внимания даже собственным телу и чувствам, а также общению. Дети усваивают концепцию, что они живут не ради себя, а прежде всего для рациональной деятельности. Они все больше идентифицируются с родительской концепцией достижений и привыкают к давлению извне. Неспособные расслабиться или получать удовольствие, они подставляют свою голову под это давление, выбирая такие цели, которых они не в силах достичь. Отношения с другими людьми часто строятся в зависимости от выгоды для работы. В вопросах мировоззрения, религии и будущего постоянно приходится сталкиваться с пессимистическими взглядами, что является следствием «интеллектуального негативизма».

Характерные концепции для лиц с головными болями: «у меня нет времени», «прежде всего работа», «я все сделаю сам», «я не делаю наполовину» и «нужно же хоть чуть-чуть думать головой».

Замкнутая жизнь пациентов с головной болью могла явиться результатом их болезни: трудно быть приятным в общении, когда тебя преследуют постоянные головные боли. Однако отсутствие социальной поддержки может и само по себе считаться стрессовым фактором, способным повышать риск возникновения головной боли. Чувство одиночества и ненужности может быть неощущаемым, но в то же время мощным источником головной боли у людей, уже предрасположенных к ней биологически.

В любом случае страдающие головной болью должны следить за состоянием своей социальной жизни так же, как и за состоянием организма, а психотерапевты, лечащие головную боль, должны быть осведомлены о потенциальном влиянии социальных факторов.
Нет никаких сомнений, что острый или хронический эмоциональный стресс делает многих пациентов более восприимчивыми к болезни. Что касается некоторых специфических типов стрессовых факторов, являющихся, по-видимому, наиболее сильными возбудителями головной боли, то среди них отмечаются неудачный брак, работа с требовательным и суровым начальником, длительные неудачи или несчастная жизнь в семье. Другими словами, те стрессы, что являются хроническими или непреодолимыми, представляют собой наибольшую опасность.

Типичными для пациентов с головной болью также являются некоторые личностные черты, усиливающие восприятие неблагоприятных окружающих факторов. У таких людей отмечаются склонность сделать все не просто хорошо, а наилучшим образом, высокие амбиции, добросовестность, повышенная эмоциональность, затруднения в

двусмысленных ситуациях, сильная потребность в социальном одобрении и альтруизм, часто сопровождаемый чувством вины из-за недостаточной альтруистичности.

Результатом является хронический стресс, поскольку эти люди менее способны защитить себя от чрезмерных требований со стороны других и испытывают слишком сильное чувство вины, чтобы избегать обременительных задач, и скорее уступят, чем дадут себя вовлечь в неприятную конфронтацию с окружающими.

3.4. ПСИХОТЕРАПИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Великие не трудились. Их жизнь была сплошным досугом.

Ганс Селье

Лечение пациента с головными болями исключительно с помощью анальгетиков является недостаточным, если в основе симптоматики лежат состояния внешнего или внутреннего напряжения, которые недоступны восприятию самого больного. Переработка конфликта может, как правило, происходить в рам-ках краткосрочной терапии, действенность которой часто повышается в результате сопровождающего психофармакологического лечения.
Головная боль напряжения является показанием для сочетания психотерапевтических бесед и всех видов соматических мероприятий. У больных, которые не хотят или не могут проходить психотерапию, успешно применяют метод самоконтроля мышечного напряжения с помощью биологической обратной связи.



Рис. 3.3. Фармакологические подходы к терапии головной боли в XIX в.



Рис. 3.4. Психотерапевтические подходы в лечении головной боли в XXI в.

Ключ к предотвращению головной боли, вызванной стрессами, состоит в том, чтобы стать менее восприимчивым. Чем больше вы освободите себя от хронической потребности в одобрении со стороны окружающих, тем лучше вы сможете развиваться, уважать и понимать себя.

Поскольку напряженные мышцы, особенно в области плеч и шеи, являются частой причиной головной боли, их расслабление может быть эффективной превентивной мерой.

При головной боли напряжения успешно используются сочетание биологической обратной связи с мышечной релаксацией (Blanchard et al., 1987; Blanchard et al., 1990) и методы когнитивной психотерапии (Lisspers, Ost, 1990).

Одним из методов работы в особых состояниях сознания с внутриличностными структурами является «Взмах». Эта техника дает сознанию определенное направление и может быть применена для многих случаев: изменения настроения, избавления от вредных привычек, навязчивых состояний и причиняющих беспокойство симптомов вроде головной боли. В основе данной методики лежит врожденное стремление человека идти от неприятного к приятному, от неудовольствия к удовольствию.

3.4.1. Упражнение «Взмах»

Пока человек не вредит другим, он

вправе вести наиболее естественную

для себя жизнь.

Ганс Селье

На первом этапе необходимо определить проблему, с которой вы потом будете работать. В нашем случае это головная боль. Упражнение лучше выполнять, когда пациент находится в состоянии транса, однако оно эффективно и для состояния активного бодрствования.

Инструкции для пациента: углубитесь в себя и определите пусковую картину (звуки, ощущения), предшествующие головной боли. Теперь создайте второй образ, вторую картину, как если бы вы уже избавились от неприятных ощущений. Отрегулируйте эту «картину» по размеру, цвету, контрастности.

Совершите «взмах»: сначала представьте себе первую «пусковую» картину, большую и яркую. Потом в нижний правый угол поместите пока еще маленький и тусклый второй образ, вторую картину. Итак, вторая маленькая картина находится внутри первой большой картины. Теперь «махните» картины, то есть мгновенно замените большую картину маленькой, и сделайте последнюю большой, яркой, контрастной. Очистите экран (или откройте глаза) и «махните» картины снова. И так 5-8 раз.

Проверьте результат. Вызовите первый нежелательный образ. Если «взмах» был эффективным, то это будет трудно сделать, а если и удастся, то образ окажется тусклым, размытым, удаленным и неприятным. Симптом исчезает.

3.4.2. Методика личностно-ориентированной реконструктивной психотерапии К.А. Якунина

Конкуренция и взаимопомощь - две стороны проявления инстинкта самосохранения.

Ганс Селье

Проводится 4-5 сеансов. Сущность метода заключается в следующем: больной располагается сидя в удобной позе в равномерно неярко освещенном помещении. Врач сидит сбоку и спокойным голосом проводит сеанс.

Пример текста психотерапевтического сеанса: «Сейчас мы обучим вас и ваше подсознание методике переработки стрессовых ситуаций из прошлого. Для этого вспомните незначительное стрессовое событие, которое вы хорошо помните. Теперь представьте перед собой в воображении экран (легче это сделать с закрытыми глазами), а на нем себя за несколько секунд (минут) до начала этого события, то есть еще полностью спокойного. Теперь за 5-7 с мысленно просмотрите это событие как в кино на ускоренном просмотре до того момента, когда вы увидите себя там уже полностью успокоившимся по поводу этого стресса. Уберите свой образ с экрана, как бы соединитесь с ним, оказавшись сейчас в прошлом уже спокойным, и за 2 с как бы проживите это событие в обратном порядке до момента перед ним, когда вы были еще спокойны (последнее переживание выполняется 3 раза).
Теперь я прошу вас сидеть спокойно с закрытыми глазами и отвечать на мои вопросы кивком головы. Мысленно попросите свое подсознание извлечь из памяти все неприятные, стрессовые события вашей жизни и расположить их отдельно в хронологическом порядке в виде маленьких черно-белых картинок. Попросите подсознание, чтобы оно переработало все эти события вместе и каждое в отдельности по той методике, которой вы недавно обучились. Теперь попросите подсознание вернуться в прошлое, расположиться перед самым первым стрессовым событием и в хронологическом порядке с максимальной скоростью пройти сквозь события, заново проживая каждое из них и навсегда после этого порывая с ними эмоционально, а все эти события теперь будут представлены еще более маленькими черно-белыми картинками, расположенными в 3-5 раз дальше от вас, чем до этого.

Попросите подсознание выбрать из прошлого все события, вызывающие приятные эмоции, которые могут служить ресурсами сейчас и в будущем. Попросите подсознание вернуться назад в прошлое и в хронологическом порядке как бы пройти сквозь эти события, заново проживая каждое из них, получая при этом доступ к тем ресурсам, как бы привнося их в настоящее и будущее. Теперь, когда ваше подсознание обучилось новой стратегии поведения, попросите его применять ее

легко и свободно всегда, когда нужно: то есть, когда происходят стрессовые события, смотреть на них как бы со стороны при полном отсутствии каких-либо эмоций, а когда происходят положительные, переживать их полностью, чтобы и в дальнейшем иметь доступ к пополнению своих внутренних ресурсов».

Затем врач, стоя сзади, располагает руки на голове пациента над местами наиболее сильной головной боли, и сеанс продолжается: «Сейчас вы закроете глаза и после того, как расслабитесь, представите свою головную боль как нечто находящееся внутри вашей головы, как некоторый образ, имеющий определенные размеры, цвет, температуру, вес, консистенцию. Когда вы ясно и четко представите все эти характеристики, можете позволить этому образу как бы начать уходить в одну мою руку, а из другой одновременно появляться другому образу, который будет иметь такие характеристики, которые вам приятны и вам хотелось бы оставить внутри головы вместо прежнего образа. Когда эта замена произойдет полностью, вы можете открыть глаза, замечая, как при этом изменились ощущения в голове».

3.4.3. Методика психотерапии «детской» головной боли по А.П. Рачину и Я.Ю. Юдельсону (раскраска Relax)

Упорная работа ради того, к чему вы действительно стремитесь, не принесет вреда. Но удостоверьтесь, что к этому стремитесь именно вы, а не только ваше общество, родители, учителя.

Ганс Селье

В основе авторского метода лежит сочетание психотерапевтических методик расслабления, адаптированных для использования в детской практике. Программа выполнения комплекса включает проведение расслабляющих упражнений, описание которых приведено в стихотворной форме, доступной для понимания ребенком, с последующим раскрашиванием иллюстраций, содержащих преимущественно расслабляющие цвета: синий (спокойствие, умиротворенность чувств) и зеленый (целеустремленность, сопротивляемость изменениям).

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ

Посадите ребенка за стол: пусть он займет положение ближе к краю стула, обопрется о спинку, закроет глаза, слегка расставит ноги и свободно положит руки на колени. Это поза покоя! В таком положении ребенок должен находиться 1-3 мин.

Далее негромким успокаивающим голосом прочитайте строфы стиха, указанные ниже (при этом речь должна быть четкой и неторопливой). Ваша интонация и медленный темп речи должны способствовать появлению приятных ощущений от расслабленности мышц и созданию представлений об отдыхе и спокойствии:

Все умеют танцевать,

Бегать, прыгать и играть,

Но не все пока умеют

Расслабляться, отдыхать.

Есть у нас игра такая,

Очень легкая, простая.

Замедляется движенье,

Исчезает напряженье.

Напряженье улетает:

Мое тело отдыхает.

И тогда я понимаю,

Как прекрасно отдыхаю. Попросить ребенка посчитать до 15 с закрытыми глазами. Затем:

Я реснички опускаю,

Свои глазки закрываю

И спокойно отдыхаю,
Свое тело расслабляю.

Глазки закрываются:

Все приятно расслабляется.

И становится понятно:

Расслабление приятно. На 10-15 с следует закрыть глаза. Затем:

И тогда я представляю,

Как прекрасно отдыхаю:

Будто я лежу на травке...

На зеленой мягкой травке...

Светит солнышко с небес, И шумит далекий лес. Жарче солнышко пригрело, Руки, ноги разогрело.

Я прекрасно отдыхаю! Хочу - ногу поднимаю, Хочу - руку поднимаю. Как стараюсь - напрягаю. Надоело! Опускаю! Ноги не напряжены,

Руки не напряжены и расслаблены.

На 10-15 с положить руки на колени. Затем: *Я сегодня капитан, У меня в руках штурвал.*

Будет палубу качать - Стану ногу прижимать. Одну ногу прижимаю, А другую расслабляю,

Как прекрасно отдыхать - Расслабляться, представлять.

Любопытный ребятенок

Смотрит влево, как утенок,

Смотрит вправо, как гусенок,

А потом глядит вперед,

Чуть немного отдохнет

И начнет наоборот.

Шея не напряжена, а расслаблена.

А теперь я как лягушка: Тяну губы прямо к ушкам! Потяну и перестану, Но нисколько не устану.

Губы не напряжены, а расслаблены.

Зубы крепко я сожму, А потом их разожму. Губы чуть приоткрываются, И лицо все расслабляется. Я ни в чем не сомневаюсь И немного улыбаюсь.

А теперь я снова сяду: Торопиться мне не надо. Кладу руки на колени,

Предаюсь приятной лени... Вахта трудная была, Отдохнуть пришла пора.

Буду снова представлять,

Как прекрасно отдыхать:

В чистом поле я лежу, Свежим воздухом дышу.

Глубоко вдыхаю - до пяти считаю,

Начинаю я считать - дохожу до цифры «пять».

Глубоко вдыхаю - мышцы напрягаю. Чистый воздух поступил - Надо свой умерить пыл! Буду снова я считать - Пора воздух выдыхать. От нуля до десяти -

Воздух мой уже в пути.

Если мне не полегчало, Все опять начну сначала. И затем бодрым, энергичным, громким голосом:
Было славно отдыхать,

А теперь пора вставать. Крепко пальцы сжать в кулак И к груди прижать - вот так!

Потянуться, улыбнуться, Глубоко вздохнуть, встряхнуться! Распахнуть глаза пошире -

Жить прекрасно в этом мире!

Надо отдыхать учиться,

Это в жизни пригодится. После тренинга ребенку следует заняться раскрашиванием иллюстраций, которые подобраны так, что используются в основном оттенки расслабляющих цветов (синего и зеленого). С учетом этого ребенок должен тщательно раскрашивать каждый элемент рисунка, включая персонажей, небо, воду, деревья и т.д. На один рисунок в среднем необходимо 15-20 мин. После окончания раскрашивания прочтите снова бодрым, энергичным голосом:

Я прекрасно отдыхал, Свои мышцы расслаблял. От макушки и до пятки -

Все во мне теперь в порядке.

И дышать совсем легко,

Ровно, вольно, глубоко.

Ниже приводятся примеры иллюстраций для тренинга (рис. 3.5). Следует обратить особое внимание, что для раскрашивания рекомендуется использовать образы, знакомые каждому ребенку с детства (лягушка, кузнечик, рыбка и т.д.). Важно подчеркнуть, что иллюстрация не должна содержать эскизы отрицательных персонажей (например, змею, крокодила и т.д.), так как это способствует появлению настороженности у ребенка.

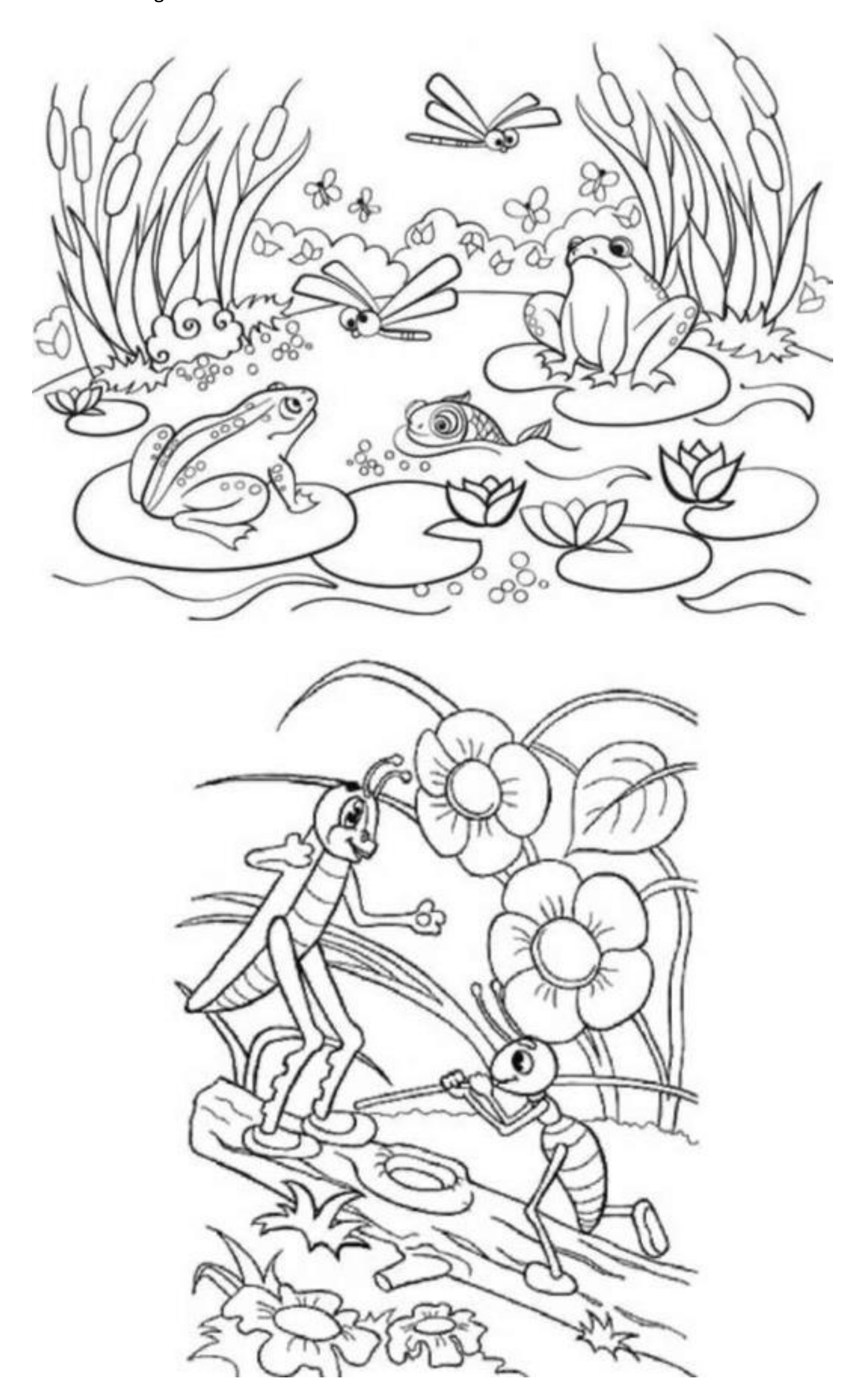


Рис. 3.5. Примеры иллюстраций для тренинга

Глава 4. Телесно-ориентированная психотерапия миофасциального болевого синдрома (метод М. Фельденкрайза)

...для изменения привычного способа действия необходимо много сил, так как сила привычки велика. Многие части тела человек не осознает и, следовательно, не может включить их в новое действие, так как оно требует осознания...

Моше Фельденкрайз

На протяжении всей своей научной деятельности М. Фельденкрайз (1904-1984) занимался проблемой исследования целостного подхода к функционированию организма. Он утверждал, что организм функционирует как единое целое и мышечная система при этом играет одну из ведущих ролей в данной интеграции.

Полноценный контроль над деятельностью мышц невозможен, поскольку мы осознаем лишь свои мотивы и окончательный результат, а сам процесс нами неосознаваем.

Проблемы возникают, когда условия жизни требуют от человека иной деятельности, а привычные действия не приводят к желаемому результату.

М. Фельденкрайз полагал, что нарушение функций организма имеет не только психологическую природу. Тело человека привыкло совершать действия, не приводящие к желаемому результату: в процессе деятельности мы совершаем много лишних движений, препятствующих «целостному действию», в результате чего мы выполняем и действие, и противодействие одновременно, это приводит к развитию миофасциального болевого синдрома.

М. Фельденкрайз считал: человеку необходимо принять большую ответственность за себя, понять, как действует его тело, научиться жить в соответствии с естественной конституцией и своими способностями.

По М. Фельденкрайзу «полный образ себя» - осознание всех связок, скелетной мускулатуры и всей поверхности тела (рис. 4.1). Это идеальное, редко встречающееся состояние. Человек действует в соответствии со своим субъективным образом. Его способность держать плечи, голову, живот, способ передвигаться, говорить и многое другое основываются на образе себя. Но, по мнению М. Фельденкрайза, этот образ может быть искажен или раздут в соответствии с той маской, которую хочет показать человек другим, и через это формирует асимметричную походку, осанку - все то, что мы называем функциональной неконгруэнтностью тела. Это, в свою очередь, приводит к формированию миофасциального болевого синдрома, а через некоторое время - к его хронизации в тех частях тела, где неконгруэнтность мышц наиболее выражена.
В одной из своих книг «Искусство движений. Уроки мастера» М. Фельденкрайз писал: *«Люди практически лишены инстинктов. Ни один человек не может, взяв в рот травинку, определить по вкусу, ядовита она или нет. Мы не знаем, смертельна ли для нас вода, мы можем дышать воздухом, не чувствуя, что он нас убивает. А что же может определять человек так же хорошо, как животные, которые чувствуют, какую травку им нужно съесть от запора? Какие инстинкты есть у человека? Люди могут рожать и ненавидеть своих детей. Многие учатся любить своих детей.*

Это просто невероятно! Если посмотреть на все наши инстинкты, то окажется, что они очень слабы и незначительны. Но все же у человека есть нечто, что он

постигает иным путем. Животные знают, что им нужно делать и как они будут жить дальше.

Бобер знает, как построить себе жилище, не учась этому. Впрочем, это не совсем так. Животным тоже приходится учиться, однако очень и очень мало по сравнению с людьми. Все матери обучают свое потомство: утки учат утят плавать, куры учат цыплят собирать зернышки и клевать червячков. Такое обучение необходимо. Однако человеку для своего развития нужно выйти на куда более высокий уровень познания. По сравнению с животными у нас совершенно отсутствуют инстинкты - есть лишь способность учиться».

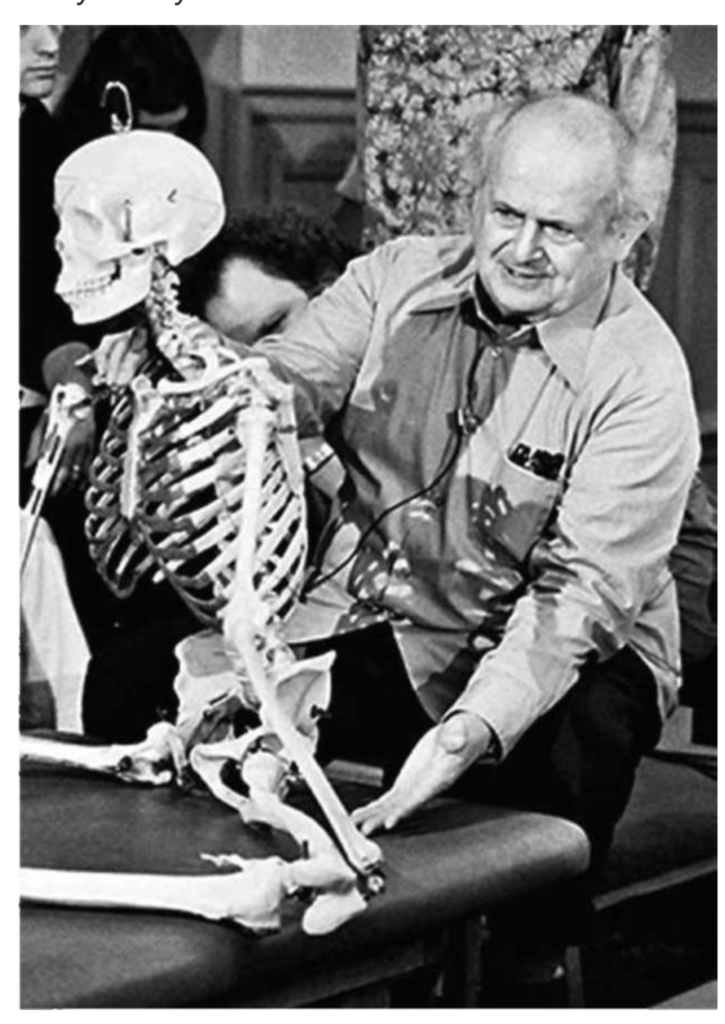


Рис. 4.1. Метод Моше Фельденкрайза

УРОК 1. ЧТО ТАКОЕ ХОРОШАЯ ПОЗА. РАСКАЧИВАНИЕ СТОЯ

Встаньте и попробуйте дать своему телу легко раскачиваться из стороны в сторону, как будто это дерево на ветру. Обратите внимание на движения позвоночника и головы. Сделайте 10-15 таких небольших и спокойных покачиваний, пока не заметите связи между этими движениями и вашим дыханием. Затем попробуйте такие же действия выполнить вперед-назад. Вы скоро заметите, что движения назад легче и больше, чем вперед, во время которых чувствуется некоторое напряжение в лодыжках.

Впрочем, точки напряжения могут быть весьма индивидуальными. Лишь в редких случаях встречается столь совершенная организация мышц груди, плеч, ключиц, затылка, ребер и диафрагмы, что удается почувствовать постоянную связь между раскачиванием вперед-назад и процессом дыхания, как в предыдущем раскачивании из стороны в сторону. Теперь раскачивайте тело так, чтобы верхушка головы

очерчивала горизонтальные круги. Продолжайте, пока не почувствуете, что вся работа совершается нижней частью ног и все движение может быть осознанно в лодыжках. Попробуйте теперь снова покачаться из стороны в сторону, потом вперед-назад, потом снова кругами, в ту и другую сторону, - но теперь вес тела перенесите на правую ногу, в то время как левая касается пола лишь большим пальцем и не принимает участия в движении, кроме помощи в поддержании равновесия, для точности движений и отсутствия помех дыханию. Повторите движения с переносом веса тела на левую ногу. Повторите каждое движение от 20 до 30 раз, пока они не будут выполняться максимально плавно и удобно.

Движения сидя

Сядьте на край стула. Ноги поставьте на пол на достаточном расстоянии друг от друга и расслабьте мышцы ног настолько, чтобы колени могли двигаться из стороны в сторону и вперед легким движением лодыжек. В этом положении раскачивайте туловище из стороны в сторону, пока не установится легкое покачивающееся движение, координированное со столь же плавным дыханием.

После паузы начните такие же движения вперед-назад, пока не почувствуете движения тазобедренных суставов и таза, движения коленей вперед-назад.

Теперь вращайте туловище так, чтобы верхушка головы описывала круг, причем голова держится на позвоночнике как на палочке. Не должно быть изменений в положениях позвонков относительно друг друга; позвоночник движется так, будто снизу он прикреплен к стулу, а голова покачивается на верхнем конце; голова очерчивает круги, как будто это конус, поставленный на основание, а голова - конец вращающегося отрезка. Проделайте то же движение в противоположном направлении, пока не прекратятся все препятствия и движение не станет непрерывным, текучим и плавным.
Поставьте домашние весы под ноги, когда вы сидите, прежде чем выполнить следующее упражнение. Затем встаньте так, как привыкли вставать. Когда вы поставили ноги на весы, они отметили примерно четверть вашего веса - это вес наших ног. Когда вы встаете, заметьте движение стрелки: она качнется гораздо дальше отметки вашего веса, затем вернется к более низкому весу, будет двигаться туда и обратно, пока, наконец, не остановится на точке вашего веса.

Когда вы решите, что научились вставать лучше (как будет рассказано дальше), проверьте себя опять с помощью весов. Если движение теперь эффективно, стрелка будет постепенно двигаться к отметке вашего веса параллельно вашему вставанию и не перейдет этот показатель. Это означает, что движение не содержит ненужного ускорения. Если вы попробуете подсчитать, как много усилий вы сберегли, то увидите, как мало сил нужно, чтобы правильно подняться.

Теперь снова сядьте на край стула и дайте своему телу раскачиваться вперед и назад, причем движения должны становиться все более широкими, но без внезапного увеличения усилий в какой-либо точке. Избегайте прямого намерения встать, потому что это приведет к незаметному возвращению вашего привычного вставания. В действительности для того чтобы встать, не нужно усилия большего, чем нужно для раскачивания. Как это делается?

Вот несколько подсказок, каждую из которых стоит испробовать, даже если вам удастся первый вариант.

1. Избегайте сознательной мобилизации мышц ног. Во время движения вперед думайте о поднимании коленей и ступней от пола, чтобы качание вперед не заставляло вас напрягать мышцы бедра, функция которых - выпрямить ноги. Напряжение этих мышц создает возрастающее давление ступней на пол. Таз может

теперь оставить стул без всякого дополнительного усилия, и сидячее положение перейдет в стоячее.

2. Избегайте сознательной мобилизации мышц шеи. Во время раскачивания вперед-назад возьмите себя за волосы на макушке в направлении по линии шейного отдела позвоночника, чтобы вы могли почувствовать, напряжены ли шейные мышцы. Если нет напряжения затылочных мышц при качании вперед, не будет внезапного излишнего давления на ступни, и движение вперед после нескольких попыток приведет тело в стоячее положение без всякого изменения в дыхании.

Повторите это упражнение, используя левую руку для держания волос. Обычно бывают различия в действии рук.

3. Остановите намерение подняться. Движение вперед должно быть продолжено до точки, в которой почувствуется усилие в ногах и дыхательном аппарате, то есть когда ритмическое движение прекращено и возрастает мышечное усилие. В этой точке вставание - не продолжение предыдущего движения, а внезапное «выдергивание» вверх с помощью усилия. Остановите здесь дальнейшее движение и замрите в этом положении - раскачивающая сила прекращается. Остановите намерение встать и посмотрите, какая часть тела в результате этого уменьшит усилие, которое излишне для правильного вставания. Это нелегко, и понадобится пристальное внимание, чтобы обнаружить лишнее напряжение. Если вы остановите усилие встать, положение, в котором вы замерли, сразу становится столь же удобным, как просто сидение, и вам уже одинаково легко как завершить движение вставанием, так и сесть снова.

4. Ритмичные движения колен. Сядьте на кончик стула. Поставьте ноги удобно на пол далеко друг от друга. Начните двигать коленями, соединяя и разделяя их, пока движения не станут ритмичными, регулярными и легкими. Возьмите себя за волосы на макушке и поднимите себя со стула, не прерывая движение коленей. Если тело недостаточно организовано, движение коленей прервется хоть на мгновение, или вы попытаетесь встать в тот момент, когда колени находятся в одном из концов движения - наибольшем удалении или наибольшем сближении. В любом из этих положений колени могут незаметно остановить движение.

5. Отделение действия от намерения. Одно из требований совершенствования движений - отделение действий от намерений, как в следующем упражнении, которое является одновременно помощью в овладении и средством проверки качества выполняемого действия.

Сядьте на стул, поставьте перед собой спинку другого. Положите руки на спинку переднего стула и подумайте о том, чтобы поднять свои ягодицы, но в то же время встаньте. Когда вы стоите, положите руки на стул перед вами и, вместо того чтобы думать о том, чтобы сесть, подумайте о том, чтобы вновь опустить ваши ягодицы на стул, и совершите движение, думая об этом.

УРОК 2. НЕКОТОРЫЕ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ДВИЖЕНИЯ

В этом уроке мы научимся распознавать некоторые фундаментальные свойства управляющего механизма произвольных мышц. Вы обнаружите, что достаточно 30 медленных, легких и коротких движений, чтобы изменить фундаментальный тонус мышц, то есть состояние их напряжения перед их волевой активацией. Изменение тонуса, возникнув в определенном месте, распространяется по той половине тела, часть которой задействована. Движение становится легко выполнимым и плавным, когда крупные мышцы центра тела делают основную работу, а конечности только направляют кости к цели усилия.

Рассмотрите состояние своего тела Лягте на спину. Ноги удобно расположите врозь. Вытяните руки над головой, несколько врозь, чтобы левая рука приблизительно составляла прямую линию с правой ногой, а правая рука - с левой ногой.

Закройте глаза и попробуйте прочувствовать участки тела, соприкасающиеся с полом. Обратите внимание, как лежат на полу пятки, одинаково ли давление на них и одинаковы ли точки их соприкосновения с полом. Таким же образом прочувствуйте соприкосновение с полом икр, тыла коленей, бедер, ложных ребер, верхних ребер, лопаток. Обратите внимание на расстояние между плечами, локтями, запястьями на полу.
Несколько минут изучения покажут вам, что между сторонами тела имеется существенная разница в плечах, локтях, ребрах и т.д. Многие обнаружат, что в таком положении локти не касаются пола, а висят. Руки не покоятся на полу, и их трудно удерживать в этом положении до конца рассмотрения.

Начинайте каждое движение заново Лягте на спину, выпрямите руки и ноги, как раньше. Может быть, теперь хотя бы тыльная сторона кистей рук будет касаться пола, а может быть, даже локти и верхняя часть рук. Теперь поднимите правое предплечье движением плеча настолько, чтобы тыльная сторона кисти оторвалась от пола, делая медленное, бесконечно малое движение. Затем дайте руке снова упасть на пол и лежать. Снова поднимите руку так же, пока тыльная сторона кисти не оторвется от пола, и снова опустите. Повторите 20-25 раз. Каждый раз после того, как вы подняли и опустили руку, сделайте полную паузу, остановите полностью движение; дайте следующему движению быть новым действием.

Координируйте дыхание и движение Если будете внимательны, то заметите, что тыльная сторона кисти начинает немного скользить по полу, поскольку рука выпрямляется, прежде чем подняться. После того как движение будет повторено достаточное количество раз, вы заметите, что оно координируется с ритмом дыхания. Поднимание и «удлинение» руки будет точно совпадать с моментом, когда воздух начинает выходить из легких.

Остановитесь и понаблюдайте Сделав около 25 движений, медленно положите руки вдоль тела. Делайте это движение постепенно, быстрое может привести к боли в плече. Согните ноги в коленях и немного отдохните. Пока отдыхаете, понаблюдайте разницу между левой и правой сторонами тела, которую сейчас можно заметить.

Медленное и постепенное движение
Повернитесь на живот, руки и ноги вытяните, как раньше. Медленно поднимите правый локоть от плеча, пока локоть не оторвется от пола (кисть руки не обязательно должна также оторваться от пола), затем снова дайте руке опуститься.

Чтобы выполнить указанное движение, руки должны быть удобно вытянуты над головой, чтобы расстояние между кистями рук оказалось меньше, чем между локтями, а локти слегка согнуты.

Продолжайте поднимать локоть одновременно с началом выдоха воздуха из легких. Повторите минимум 20 раз. Если движение делать правильно, станет заметно, что локоть «ползет» вместе с верхней частью руки, то есть немного выпрямляется, прежде чем начнет подниматься. Если локоть поднимается достаточно, чтобы потянуть за собой запястье, то оно тоже может оторваться от пола.

Исключите ненужное усилие Когда человек в таком положении поднимает запястье, кисть руки редко остается расслабленной и свисающей. Большинство людей незаметно для себя напрягают экстензоры (мышцы внешней стороны предплечья), кисть руки поднимается настолько, что между нею и предплечьем образуется угол. Обратив на это внимание, можно постепенно остановить это излишнее и

ненамеренное мышечное усилие. Чтобы это сделать, мы должны расслабить мышцы предплечья, а не только пальцев. Когда релаксация будет полной, кисть руки повиснет и образуется угол между ладонью и внутренней стороной предплечья. Если локоть теперь поднять, кисть руки будет расслабленно свисать.

Используйте мышцы спины Продолжайте движение, поднимайте всю руку, включая локоть и запястье, пока не почувствуете, что для этого не требуется мышечного усилия, единственное усилие исходит из района плеча. Чтобы ему было легче подниматься от пола, нужно ввести в действие мышцы спины. Тогда плечо будет подниматься от пола вместе с лопаткой и правой верхней стороной груди.

Теперь лягте снова на спину, отдохните и ощутите разницу в том, как ваши плечи, спина и руки соприкасаются с полом с правой и с левой стороны.

Одновременное действие

Выпрямите снова руки над головой кистями врозь. Выпрямите ноги ступнями врозь. Очень медленно поднимите одновременно правую ногу и руку. Требуется очень небольшое движение, чтобы лишь приподнять тыльную сторону кисти и пятку над полом. Обратите внимание на то, одновременно ли кисть и пятка возвращаются на пол или нет. Когда вы обнаружите, что возвращается раньше, рука или нога, вы заметите, что эта конечность и поднимается раньше. Нелегко достичь абсолютной одновременности в этом упражнении. Как правило, между движением руки и ноги остается некоторый разнобой.

Чтобы достичь большей синхронности, поднимите руку вместе с началом выдоха; затем поднимите ногу одновременно с началом выдоха. Наконец, поднимайте и руку, и ногу одновременно с началом выдоха. Это улучшит координацию конечностей.

Ощущение удлинения позвоночника

Теперь поднимайте руку и ногу поочередно. Обратите внимание, не поднимаются ли поясничные позвонки немного от пола, когда поднимается только нога, без руки, и действует ли на позвонки одновременное поднимание ноги и руки.

Поясничные позвонки поднимаются от пола, потому что нога поднимается мышцами, прикрепленными спереди таза. Мышцы спины также участвуют в поднятии этих позвонков. Является ли работа этих мышц необходимой или излишней?

Поверните ногу направо, то есть поверните тазобедренный сустав, колено и нижнюю часть ноги. Теперь очень медленно поднимите ногу в этом положении и посмотрите, как измененное положение ноги влияет на движение поясничных позвонков. Постепенно станет ясно: когда нога и рука поднимаются вместе и начинается выдох, тогда работа делается мышцами живота и груди в координации. Поясничные позвонки не просто не поднимаются, а, наоборот, придавливаются к полу. Поднимание ноги и руки становится легче, и появляется ощущение, будто тело при этом удлиняется. Это чувство удлинения позвоночника сопровождает большинство действий тела, если они правильно выполняются.

Что более удобно?

Повернитесь на живот и вытяните руки над головой широко в стороны. Вытяните ноги так же широко на расстоянии друг от друга. Поднимите одновременно правую ногу и правую руку. В каком положении находится ваша голова, когда вы собираетесь поднять конечности? Лицом вниз, влево или вправо? Попробуйте поднимать руку и ногу при выдохе. Проделайте это несколько раз, сначала с правой щекой на полу, то есть лицом налево. Потом повторите лбом на полу, то есть лицом вниз, наконец с левой щекой на полу.

Теперь сравните усилия, которые требовались в трех положениях, и решите, в каком из положений действие легче всего. Для более или менее хорошо организованного тела наиболее удобным положением должно быть положение левой щекой на полу. Повторите движение около 25 раз и заметьте, что давление тела на пол смещается к левой стороне живота, между грудью и тазом.

Оставайтесь на животе и продолжайте по-прежнему поднимать правую руку и ногу, но теперь с каждым движением поднимайте также голову, следя глазами за движением кисти.

Повернитесь на спину и отдохните после 25 движений. Затем повторите движение, как раньше, поднимая руку, ногу и голову. Заметьте, насколько иначе тело лежит на полу, чем перед упражнениями. Отметьте части тела, находящиеся в соприкосновении с полом. Найдите точку, где давление больше всего. Повторите движение 25 раз и остановитесь.

Поработайте над левой стороной Повторите все описанные упражнения на левой стороне.

Диагональные движения

После того как отработаете с левой стороной, поднимите очень медленно правую руку и левую ногу вместе, повторите это 25 раз. Обратите внимание на изменения в относительном положении позвонков и ребер, заметьте, что точки спины, на которые опирается тело, совершенно иные, чем при поднимании ноги и руки с одной стороны тела.
Немного отдохнув, поднимайте левую руку и правую ногу одновременно тоже 25 раз и снова отдохните. Теперь поднимайте все четыре конечности и голову одновременно вместе с началом выдоха. Повторите это движение 25 раз. После отдыха поднимайте только конечности, оставляя голову в покое на полу.

Повторите эти сочетания движений, лежа на животе. Наконец лягте на спину и прочувствуйте все части тела, которые теперь соприкасаются с полом, от пяток до головы, как в начале урока. Отметьте произошедшие изменения, особенно в позвоночнике.

УРОК 3. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ЧАСТЕЙ ТЕЛА И ФУНКЦИЙ В ДЫХАНИИ

Теперь вы научитесь распознавать движения ребер, диафрагмы и живота, чтобы совершенствовать дыхание. Хорошая организация движения этих мышц необходима, чтобы дышать глубоко и легко. Вы научитесь распознавать разницу в длительности периодов вдоха и выдоха, поймете, что процесс дыхания приспосабливается к положению тела в пространстве. Нижние ребра двигаются больше, чем верхние, и их роль в дыхании больше. Наконец, вы увидите, что дыхание становится легче и ритмичнее, когда тело поддерживается прямо без сознательного усилия, то есть когда весь вес покоится на скелетной структуре.

Объем груди и дыхание Лягте на спину. Выпрямите ноги, пятки врозь, согните колени. Подошвы будут стоять на полу, как в положении стоя ноги врозь. Подвигайте коленями, соединяя и разъединяя их несколько раз, пока каждое колено не займет положение в плоскости, проходящей через ступню, по линии от центра пятки до точки между большим и указательным пальцами. Поддерживание коленей в таком положении не требует мышечных усилий.

Наберите воздуха в легкие, увеличивая объем груди настолько, чтобы это не вызывало неудобства. Многие люди дышат, не давая грудине двигаться по отношению к позвоночнику. Вместо того чтобы увеличивать объем груди в соответствии с ее структурой, они выгибают спину, то есть поднимают всю грудь от

земли, включая нижнюю часть спины, так что ее внутренний объем увеличивается только за счет движения ложных ребер.
Прочувствуйте, лежит ли ваш позвоночник на полу по всей длине в области груди, когда она расширяется и грудина отодвигается от позвоночника. Не пытайтесь силой придавить позвоночник к полу, не делайте усилий. Просто наполняйте легкие воздухом, смотрите, как поднимается грудь, и наблюдайте, придавливается ли в это время позвоночник к полу.

Прекратите движение. Подождите, пока появится необходимость вдохнуть. Тогда повторите снова, много раз.

Дыхательные движения без дыхания Когда вы сделали это и движение стало для вас понятным, попробуйте поднять грудь как раньше, но без вдоха. То есть сделайте дыхательное движение грудью, но без вдыхания или выдыхания воздуха. Повторите это несколько раз, пока не почувствуете необходимость вздохнуть. Наполните легкие и повторите движение грудью. Остановитесь и отдохните после пяти серий таких движений, проверьте ваше дыхание. Как оно изменилось с тех пор, как вы начали упражнение?

Увеличение объема нижней части живота Положите кончики пальцев на живот, локти на полу. Подождите, пока легкие наполнятся воздухом. Сожмите грудь как бы для того, чтобы выдохнуть воздух, но задержите дыхание, не выдыхайте. Возрастающее давление воздуха увеличит давление в животе, которое может быть направлено вниз, в сторону ануса. Когда воздух пройдет ниже пупка, низ живота станет круглым, как футбольный мяч.

Заметьте, как ваши руки поднимутся и раздвинутся в стороны по мере того, как живот надувается.

Подождите, пока легкие снова наполнятся, и затем выдохните воздух посредством выдвижения живота вперед и расширения его кругом, пока вы не почувствуете, что части тела вокруг бедер давят на пол. Отдохните и отметьте изменения, произошедшие в качестве дыхательных движений.

Колебательные движения диафрагмы
Наполните легкие воздухом и задержите дыхание - не вдыхайте и не выдыхайте; затем сожмите грудь и расширьте живот последовательными движениями. Теперь, наоборот, расширьте грудь и сожмите живот. Повторяйте эти движения попеременно так долго, как можете задерживать дыхание. Нетрудно проделать 5-6 попеременных движений груди и живота, как будто это две стороны весов, так что одна поднимается, когда опускается другая.

Повторите все упражнение 5-6 раз. Затем попробуйте еще раз, так быстро, как только возможно без дискомфорта. Когда эти движения проделываются достаточно быстро, можно различить движение и даже булькающий звук где-то между ребрами и пупком. Нечто там меняет свое положение и давит то вверх, в направлении головы, то вниз, в направлении ног. Это движение диафрагмы. Обычно мы не ощущаем диафрагму, но в этом упражнении мы можем косвенно определить ее положение в теле, не зная ее анатомического расположения.

Нормальное дыхание Лягте на спину, распрямите руки и ноги ступнями врозь. Повторяйте попеременные движения груди и живота, не меняя своего обычного ритма дыхания. Можно делать эти попеременные движения груди и живота вверх-вниз при нормальном дыхании, так же как они выполнялись при задержке дыхания. Таким образом, можно различить движения, существенные для дыхания, и излишние движения, сопровождающие его.

Повторите движение 25 раз. Немного отдохнув, повернитесь на живот, вытяните руки над головой ладонями врозь, вытяните ноги ступнями в стороны и проделайте те же движения.

Почувствуйте середину

Важно пронаблюдать, коснется ли грудь пола, если ее выдвинуть точно в середине грудины, и то же самое относительно живота. Это нелегко, потому что наши способности к определению таких вещей недостаточно развиты. Человек может полагать, что его тело лежит на полу симметрично, в то время как внешний наблюдатель может ясно видеть, что это не так. Тем не менее попробуйте это сделать несколько раз.
Теперь продолжайте упражнение, но, когда вы выдвигаете грудь, дайте левой стороне более отчетливо соприкоснуться с полом, а когда выдвигаете живот, пусть правая сторона касается пола первой.

Вся спина теперь будет двигаться наискось, от правой стороны копчика к левому плечу. После 25 подобных движений повторите предыдущее упражнение, то есть постарайтесь расположить середину груди и живота на полу, и посмотрите, какие изменения возникли в вашем представлении о том, где находится середина. Теперь проделайте 25 движений в противоположном направлении наискось, потом опять поищите середину в каждом движении и посмотрите, как изменилось ее восприятие.

Теперь повернитесь на спину. Повторите попеременное движение груди и живота и заметьте, как увеличился объем движения груди. Отметьте ощущение свободного движения и попробуйте найти те места спины, где движение стало легче и появилось ощущение освобождения от напряжения.

Колебательное движение на боку Лягте на правый бок. Вытяните правую руку над головой. Обхватите голову левой рукой пальцами на правом виске, ладонью на макушке. Теперь поднимите голову с помощью левой руки так, чтобы левое ухо приблизилось к левому плечу. С головой в таком поднятом положении расширьте грудь во всех направлениях и втяните живот. Затем сожмите грудь и расширьте живот, наблюдая за движениями ребер по обеим сторонам. С правой стороны пол будет мешать расширяющемуся движению ребер и груди, так что она сможет расширяться только влево, где подвижность ребер будет отталкивать голову назад, в направлении правой руки.

Повторите это движение 25 раз, затем лягте на спину и посмотрите, какие части спины опустились и более четко соприкасаются теперь с полом.

Повторите 25 раз, лежа на левом боку.
Колебательное движение на спине Лягте на спину, поднимите плечи от пола, удерживая себя на предплечьях и кистях рук, лежащих параллельно телу. Грудь при этом будет находиться под углом к полу, а голова и плечи свободны. Опустите голову вниз, пока подбородок не коснется грудины. В этом положении сделайте 25 таких же колебательных движений между грудью и животом. Потом лягте на спину, отдохните, снова поднимитесь на локтях, но теперь пусть голова опустится назад в направлении пола, чтобы подбородок отходил как можно дальше от грудины. Сделайте 25 таких же колебательных движений, обратите при этом внимание на движения позвоночника. Лягте на спину, понаблюдайте за своим дыханием. Теперь должно появиться четко определяемое улучшение дыхания, которое станет легче и глубже.

Колебательные движения стоя на коленях Встаньте на колени, причем они должны быть широко расставлены врозь, а нижняя часть ног вытянута так, чтобы ногти пальцев касались пола. Опустите голову, чтобы макушка коснулась пола перед вами. Руки расположите по сторонам головы ладонями вниз, чтобы они поддерживали часть веса и защищали голову от излишнего давления. Наполните грудь воздухом,

втяните живот, затем сожмите грудь, расширяя живот, повторите 25 раз. Выполняя это упражнение, обратите внимание: когда расширяется грудь, тело движется вперед в направлении головы и сама голова немного поворачивается вперед на полу. Подбородок движется назад к грудине, мышцы затылка и спины растягиваются и на-

прягаются, в то время как позвоночник продвигается несколько выше. Когда расширяется живот, таз уходит вниз и назад, как будто вы собираетесь сесть на пятки. Спина менее согнута, и поясничные позвонки образуют вогнутую линию.

Повторите 25 раз. Затем лягте на спину и посмотрите, есть ли изменения в дыхании и соприкосновении спины с полом.
Искривление позвоночника и движения таза Встаньте на колени, расставив их врозь. Опустите голову и руки, как раньше. Придвиньте левое колено немного ближе к голове. Повторите колебательное движение груди и живота. Когда расширяется грудь, тело будет двигаться к голове вперед приблизительно как ранее, но, когда выдвигается живот и таз движется назад к сидячему положению, он будет двигаться по направлению к правой ступне, и бедра будут заходить за плечи. Теперь можно наблюдать два разных движения позвоночника: выпуклое и вогнутое, как ранее, а также движения таза вправо и влево относительно плеч.

Выполнив 25 таких движений, лягте на спину, отдохните и понаблюдайте изменения в груди, в дыхании, в соприкосновении спины с полом.

Теперь снова встаньте на колени и сделайте те же 25 движений, но правым коленом ближе к голове, чем левым. Обратите внимание на различия в движениях таза по сравнению с предыдущим положением. Попробуйте найти основную причину этого различия. Если вы не можете найти ее сейчас, это удастся со временем, когда ваша способность наблюдать и различать улучшится.

Расширение спины

Сядьте на пол, колени врозь настолько, чтобы ступни можно было положить вместе посередине, соединив их. Правую руку положите на левую сторону груди, на нижние ребра, левую руку - на правую сторону груди, как бы обняв себя. Опустите голову, выпятив грудь и втянув живот; обратите внимание на дыхание, повторяйте эти действия. Наблюдайте расширение ребер на спине под вашими пальцами. Грудь не расширяется вперед, потому что часть ее мышц занята движением, обнимающим спину. На сей раз легкие расширяются в основном в результате расширения нижних ребер. Это наиболее эффективное дыхательное движение, потому что в этом месте легкие шире всего.

Сделайте 25 движений. Посмотрите за ребрами: продолжают ли они сдвигаться.

Встаньте. Посмотрите, прямее ли ваше тело, чем в начале упражнения. Почувствуйте положение плеч, которое должно значительно измениться. Проверьте свое дыхание. Без сомнения, оно должно быть лучше, чем обычно. Это улучшение - результат практической работы. Вы не сможете достичь такого дыхания в результате лишь теоретического понимания.

УРОК 4. КООРДИНАЦИЯ ФЛЕКСОРОВ И ЭКСТЕНЗОРОВ

Здесь вы научитесь увеличивать натяжение выпрямляющих мышц спины, узнаете, что продолжающееся натяжение флексоров (сгибателей) живота увеличивает тонус экстензоров (разгибателей) спины. Вы сможете удлинить мышцы, поворачивающие тело. Удлинение экстензоров затылка посредством активации их антагонистов в передней части шеи улучшит равновесие головы в положении стоя. Вы также улучшите дифференциацию движений головы и туловища.

Направление напряжения во вращательном движении Лягте на спину ногами врозь. Согните колени и закиньте правую ногу за левую.

Дайте коленям наклониться направо, так что оба они теперь поддерживаются только основанием левой ноги. Вес правой ноги поможет ногам наклониться направо к полу. Теперь верните колени в нейтральное среднее положение, затем наклоните их снова вправо. Повторите 25 раз. Руки должны лежать по сторонам тела. Дайте легким наполниться воздухом, когда колени возвращаются в срединное положение, выдыхайте, когда колени опускаются, чтобы каждое движение соответствовало дыхательному циклу.

Наблюдайте движения таза, когда ноги опускаются. Левая сторона будет немного подниматься от пола и тянуться в направлении левого бедра. Позвоночник будет тянуться тазом и тянуть за собой грудь, так что левая лопатка будет стремиться приподняться от пола. Продолжайте опускать ноги направо, пока левое плечо не оторвется от земли, затем дайте ногам вернуться к середине. Постарайтесь пронаблюдать путь передачи крутящего движения от таза к левому плечу, то есть по позвонкам и ребрам (рис. 4.2).

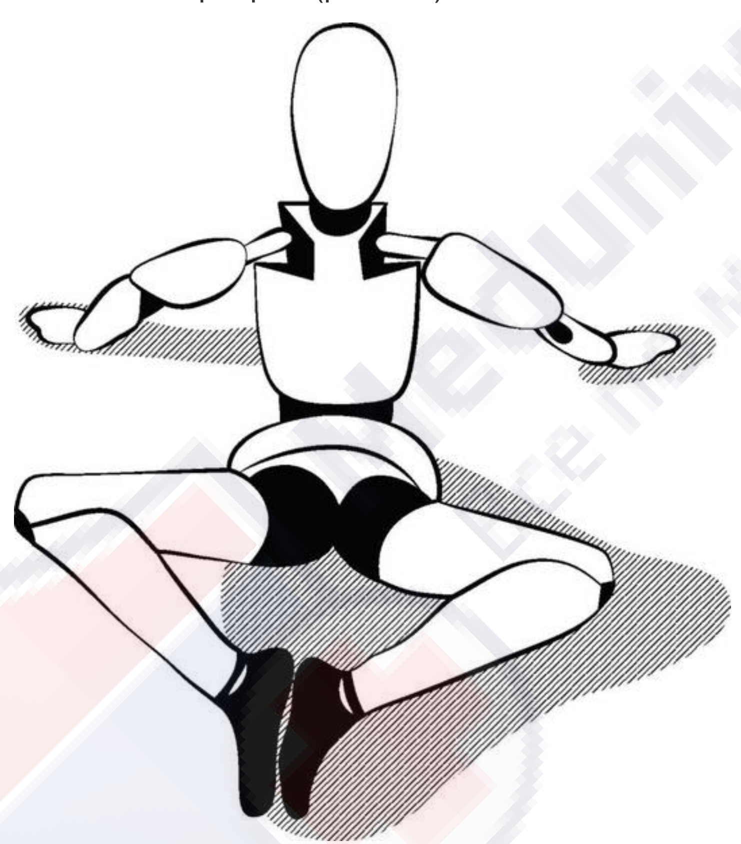


Рис. 4.2.

Движение позвоночника, разумеется, также чувствуется в движении головы, затылок которой лежит на полу. Когда колени опускаются направо, подбородок ближе подходит к грудине, когда же колени возвращаются к середине, голова лежит ровно. Выпрямите ноги, подождите немного и попробуйте почувствовать, с какой стороны таза изменения больше. Одна из сторон теперь лучше соприкасается с полом: какая именно?

Движение коленей

Поднимите колени, ступни врозь, каждое колено вертикально над ступней. Еще лучше, если вы сдвинете колени вместе (ступни врозь), затем раздвинете и повторите эти движения до тех пор, пока сможете ясно почувствовать, что колени точно над

ступнями, то есть в таком положении, в котором не нужно никаких мышечных усилий, чтобы они не клонились ни друг к другу, ни в стороны.

Поднимите руки в направлении потолка над глазами и соедините ладони, как при хлопке, руки выпрямлены в локтях. Плечи, поясница и руки образуют треугольник, вершину которого составляют соединенные запястья. Поднимите плечевой пояс от пола, как будто кто-то поднимает вас за правое плечо; обе руки наклонятся влево, к полу. Упомянутый треугольник не изменяется, локти не двигаются - не давайте локтям отдаляться друг от друга. Возвратитесь к середине. Вдохните, но не давайте тазу двигаться больше, чем нужно.

Дайте треугольнику, образованному руками, наклониться влево во время выдоха. Повторите движение 25 раз.

Нужно ли вам поднять голову от пола, чтобы выполнить это движение? Как далеко налево можно вытянуть руки, когда лицо тоже поворачивается налево?

Отдохните немного. Какое плечо плотнее лежит на полу? Снова поднимите колени. Положите правое колено на левое, опустите оба направо (рис. 4.3). Посмотрите, опустятся ли ноги ниже, чем раньше. Перемените колени, то есть положите левое колено на правое. Опустите колени налево и снова верните на середину. Повторите 25 раз. Отдохните немного и посмотрите, какая сторона теперь плотнее лежит на полу и лучше соприкасается с ним.
Снова раздвиньте колени в стороны и посмотрите, как далеко они теперь опускаются. Это нужно сделать, чтобы уловить улучшение после следующего упражнения, в котором будет двигаться верхняя часть тела.

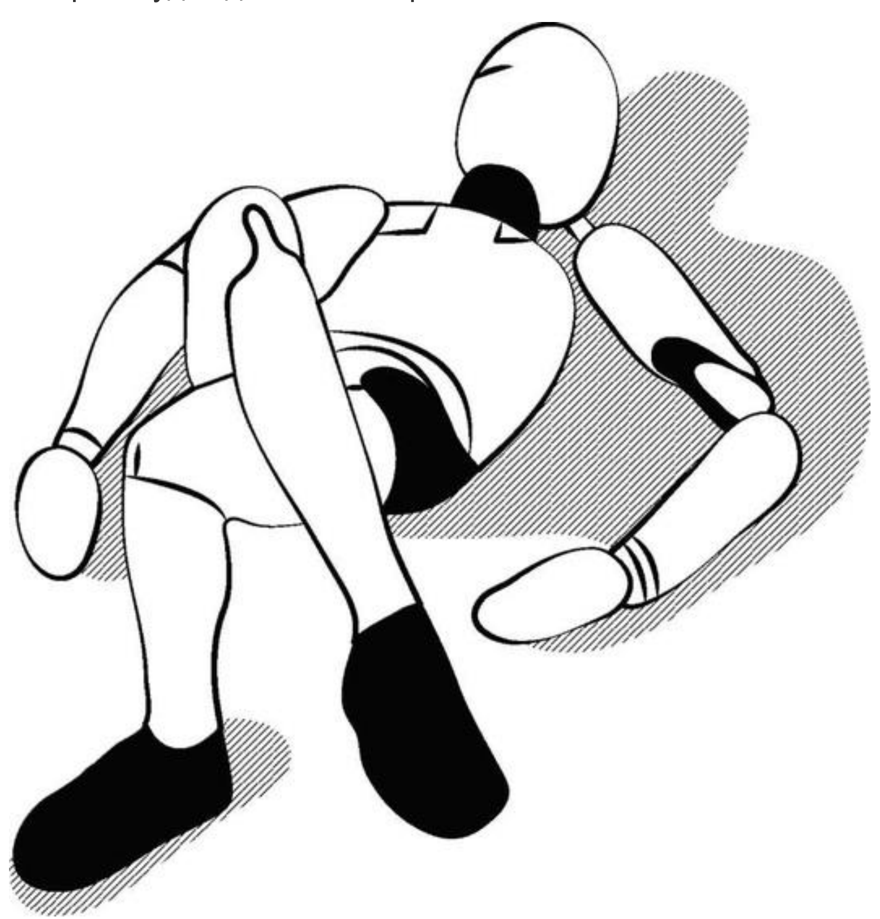


Рис. 4.3.

Движение плечевого пояса направо Поднимите руки треугольником, как ранее. Опустите обе руки на правую сторону, выполните 25 движений вправо, как ранее

влево. Отдохните и отметьте изменения в соприкосновении плеч с полом. Дайте коленям снова наклониться налево и отметьте улучшения, возникшие в результате движения рук и плеч направо. Большая величина движений возможна благодаря релаксации межреберных мышц, которые позволяют теперь позвонкам свободнее поворачиваться (рис. 4.4).

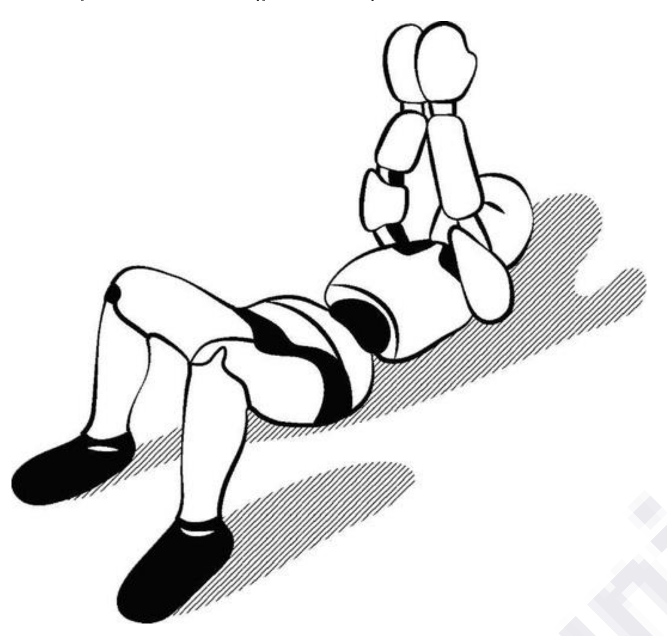


Рис. 4.4.

Движение коленей с одновременным подниманием головы Положите правое колено на левое. Дайте коленям самим опуститься направо, без специального усилия. Соедините руки за головой, переплетя пальцы, и помогите руками подняться голове, дав локтям сблизиться спереди, когда голова поднимается. Затем дайте голове вернуться на пол, локти также возвращаются на пол. Дайте легким наполниться воздухом и снова также поднимите голову во время выдоха. Поднимайте голову прямо вперед, хотя таз и ноги повернуты направо.

Повторите 25 раз, поднимая голову каждый раз при выдохе. После выполнения упражнения посмотрите на изменения в соприкосновении с полом ребер, позвоночника и таза. Отдохните немного и посмотрите, какая часть туловища плотнее всего соприкасается с полом.

Другое переплетение пальцев

Положите левое колено на правое, дайте обоим коленям опуститься налево настолько, чтобы было удобно. Переплетите пальцы не так, как вы делаете обычно, а наоборот.

Теперь еще раз переплетите пальцы, не думая, затем перемените на противоположное и посмотрите, как это небольшое изменение влияет на положение плеч и головы. Вам может даже показаться, что «все криво». Поднимите голову и повторите предыдущее движение, обращая внимание на все детали. После 25 раз отдохните и понаблюдайте разницу в соприкосновении с полом.

Изменения в поясничных позвонках Лягте на спину, поднимите колени, переплетите пальцы за головой и поднимите ее при выдохе. Повторите 25 раз. Потом отдохните несколько минут, по-прежнему лежа на спине. Попробуйте заметить в деталях, какие изменения произошли в тазовых позвонках. Может быть, они лежат на полу в первый раз в вашей жизни без сознательных усилий. Может быть, они лишь хорошо опустились, но излишние напряжения еще остались, так что спину надо еще расслаблять.

Раскачивание туловища с перекрещенными руками Лягте на спину и поднимите колени так, чтобы ступни удобно стояли на полу врозь. Правую руку под мышкой проведите к левой лопатке; левую руку, тоже под мышкой, - к правой лопатке.

Теперь покатайте туловище справа налево и обратно, чтобы правая рука поднимала левое плечо от пола при движении направо, а левая рука поднимала правое плечо при движении налево. Не помогайте движению тазом, вращайте только верхнюю часть тела из стороны в сторону. Повторите 25 раз, начиная медленными движениями и увеличивая скорость, пока вы не будете вертеться свободно в легком ритме.

Отдохните немного. Перемените руки, чтобы теперь левая рука была под правой. В этом положении проделайте еще 25 вращательных движений, начиная медленно и увеличивая скорость.

Качающееся движение при голове в покое Отдохните и попробуйте вспомнить, принимала ли голова какое-нибудь участие в этом раскачивании из стороны в сторону. Почти наверняка да. На этот раз сосредоточьте взгляд на каком-нибудь удобном пятне на потолке. Обхватите плечи, как раньше, и повторите раскачивания из стороны в сторону, удерживая таз в покое и взгляд на пятне. На этот раз ваша голова не будет принимать участия в раскачивании. Это движение вам незнакомо, потому что вы не привыкли двигать плечами, не двигая головой в том же направлении.
Отдохните немного, затем повторите качание, дав на этот раз голове двигаться вместе с плечами. Продолжая двигать спиной, остановите движение головы, фиксируя взгляд на пятне на потолке. Наблюдайте улучшение движения по мере того, как вы учитесь отделять движение головы от движения плеч.

Движение головы и плеч в противоположных направлениях Отдохните. Затем продолжите раскачивающиеся движения спины, как ранее, но теперь поворачивайте голову и глаза в направлении, противоположном движению плеч. Продолжайте движение головы и плеч в противоположном направлении, убеждаясь, что движение хорошо координировано и плавно.

Перемените положение рук, переместив ту, которая была снизу, наверх, и проделайте еще 25 движений плечами и головой в противоположных направлениях. Теперь отдохните и еще проделайте раскачивание, но только голова и плечи должны находиться в одном направлении.

Отметьте, что теперь движение легче и непрерывное, а угол поворота увеличился. Полежите спокойно. Через минуту попробуйте отметить, произошли ли дальнейшие изменения в позвоночнике. Весь ли он, включая поясничные позвонки, лежит на полу?

Очень медленно поднимитесь, пройдите несколько шагов и посмотрите, как теперь держите голову, а также как дышите и как чувствуют себя ваши плечи. Вы почувствуете все тело более прямым без сознательных усилий. Отметьте эти изменения.

УРОК 5. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ТАЗОВЫХ ДВИЖЕНИЙ ПОСРЕДСТВОМ ВООБРАЖАЕМЫХ ЧАСОВ

На этом уроке вы осознаете излишние бессознательные усилия мышц таза и научитесь более тонкому управлению ими, а также сможете улучшить положение позвоночника. Возрастет способность координировать и противопоставлять движения головы и туловища. Это улучшит вращательные движения позвоночника, возможные в положении стоя. В примитивных движениях глаза, голова и туловище поворачиваются вправо и влево одновременно. Осознавание этой тенденции делает

возможным поворачивать их по отдельности или в разных сочетаниях, делая повороты легче и увеличивая их угол. Вы также изучите связь между ощущениями, вызванными движениями тела, и положением конечностей в пространстве.
Изменение кривизны поясницы Лягте на спину, поднимите колени и поместите ступни на пол на удобном расстоянии врозь приблизительно на линии бедер. Руки положите на пол по сторонам тела также на удобном расстоянии.

Поднимите бедра от пола усилием мышц спины так, чтобы поясничные позвонки образовали дугу над полом. Постарайтесь сделать эту дугу больше, чтобы под ней могла пробежать мышь. Вы почувствуете, как ноги цепляются за пол. Мышцы впереди тазобедренного сустава помогают, поднимая верхнюю часть таза от пола, в результате увеличивается давление на копчик.

Циферблат на тазе

Представьте себе циферблат, нарисованный на задней части таза, где цифра 6 приходится на копчик, а 12 - на верхнюю часть таза, в котором он переходит в спину. Это место вы можете нащупать пальцами (низ пятого поясничного позвонка). Имея в виду этот циферблат, мы можем сказать, что в только что выполненном движении бедра были подняты, и большая часть давления таза приходилась на точку, отмеченную как «6 часов». «3 часа» оказываются в районе правого тазобедренного сустава, «9 часов» - левого. Прочие часовые отметки следует представить себе в соответствующих промежуточных местах.

Постарайтесь еще раз переместить большую часть давления таза на пол в точку, отмеченную как «6 часов», то есть копчик. Спинные мышцы создадут искривление линии поясничных позвонков, которую увеличат мышцы таза и бедер. Напряжение распространяется на ноги, которые по-прежнему твердо стоят на полу.

Теперь переместите большую часть давления на точку, отмеченную как «12 часов». Это означает, что верхняя часть таза и поясничные позвонки будут теперь покоиться на полу. Копчик, разумеется, поднимется от пола, и давление на ступни возрастет.
Отделите дыхание от действия

Вернитесь к «6 часам», затем опять к «12 часам», туда и обратно, повторите 25 раз. Постепенно уменьшайте усилие и делайте изменение положения менее рывкообразным. Постарайтесь также отделить дыхание от этого движения. Пусть дыхание остается спокойным и легким, независимо от изменения положения тела. Движение таза должно быть медленным и непрерывным, и переход от одного положения к другому - плавным.

Теперь выпрямите ноги и осознайте ощущения в тазе. Попробуйте точно заметить, в каких точках соприкосновение с полом изменилось. Заметили ли вы, что, когда ваше дыхание отделилось от движения, голова начала двигаться в координации с тазом, как бы повторяя его движение на меньшей шкале?

Циферблат на затылке

Теперь давайте представим себе маленький циферблат на затылке. Центр его будет в той точке, где больше всего давление, когда голова лежит на полу. Когда таз находится в положении максимального давления на «6 часов», голова тянется вниз позвоночником, так что подбородок лежит на горле; большая часть давления приходится на «6 часов» в циферблате головы. Когда давление таза перемещается на «12 часов», голова будет потянута обратно позвоночником, подбородок отодвинется от горла и точка максимального давления сдвинется в направлении верхушки головы - на «12 часов» по циферблату головы.

Выполните 25 движений тазом, сдвигая его давление от «6 часов» к «12 часам» и обратно, но обращайте внимание на то, чтобы не мешать голове повторять движения таза. Посмотрите, как это движение влияет на дыхание, как туловище передает движения таза голове, и наоборот. Отдохните немного (выпрямив ноги).
Снова поднимите колени и поместите таз в точку, отмеченную как «3 часа» на циферблате, то есть на правый тазобедренный сустав. Большая часть веса придется теперь на левую ступню, чем на правую, левый тазобедренный сустав поднимется от пола. Давление на правую ногу уменьшится. Повернитесь теперь на точку, отмеченную как «9 часов». Покачайте таз справа налево и обратно 25 раз.

Посмотрите, как голова повторяет это движение на малой шкале, если вы не напрягаете без нужды грудь и не вмешиваетесь в ритм дыхания. Отдохните немного.

Вокруг циферблата в непрерывном движении Снова поднимите колени. Поместите вес таза на «12 часов». Переместите точку соприкосновения на «1 час», потом вернитесь к «12 часам». Повторите 5 раз. Теперь переместите таз с «12 часов» на «2 часа» через «1 час» и обратно. Повторите 5 раз. Теперь на «3 часа» через «1 час» и «2 часа» таким же образом. Повторяйте каждое движение 5 раз, затем добавляйте следующее деление циферблата, пока не достигнете «6 часов», затем повторяйте, уменьшая по делению, до «12 часов». Каждое движение должно проходить определенную дугу, не останавливаясь на промежуточных (для данного движения) делениях.

Убедитесь, что осознавание точного места, достигаемого тазом, постепенно становится все более точным и вес движется действительно по дуге, а не резкими рывками между «делениями» дуг. Остановитесь, вытянитесь на полу и отметьте различия между правой и левой сторонами таза. Отдыхая, попробуйте вспомнить, следовала ли ваша голова за движениями таза по своему кругу. Мы многое делаем, не сознавая этого.
Возвратитесь к «12 часам». Переместите вес тела к «11 часам» и снова к «12 часам». Повторите 5 раз. Затем передвиньте вес к «10 часам» через «11 часов» и снова обратно, продолжайте до «6 часов». Потом отдохните и прочувствуйте, что происходит в теле.

Увеличение дуг

Сдвиньте большую часть веса тела на «3 часа», на правый тазобедренный сустав. Затем переместите вес на «4 часа», вернитесь на «3 часа», передвиньтесь на «2 часа», затем снова вернитесь на «4 часа» через «3 часа» и так далее, проделайте 5 раз.

Затем добавьте по «делению» с каждой стороны - от «1 часа» до «5 часов». Следующее движение - от «12 часов» до «6 часов». Повторяйте каждое движение по 5 раз.

Отдохните и отметьте изменения в соприкосновении таза с полом, произошедшие в результате этого упражнения.

Повторите эту серию движений с левой стороны с началом в «9 часов». Отдохните. Заметили ли вы движения головы? Заметили ли вы, что делали ваши ноги, другие части тела?

Целое и части

Проделайте тазом 20 круговых движений по часовой стрелке. Во время этих движений старайтесь рассматривать тело в целом, обращая при этом внимание на его части. Дайте своему вниманию систематически переходить от одной части тела к другой, но не теряя ощущения тела как целого. Ощущение целого должно быть

фоном, на котором ясно выделяются ощущения той или иной части. Это похоже на чтение: мы видим всю страницу целиком, но этого впечатления недостаточно для четкого схватывания. Мы можем понимать значение слов, которые в данный момент видим ясно. Следите за движениями головы, не останавливая движения таза и головы. Сосредоточивайтесь поочередно на голове как ведущей в движении и на тазе как ведущем в движении. Наблюдайте, как постепенно улучшается качество движения, оно становится более непрерывным, плавным, точным и быстрым.

Отдохните. Затем проделайте движение против часовой стрелки.

Внешний и внутренний контакт

Продолжайте круговые движения тазом. Теперь представьте себе, что цифры циферблата на теле несколько выступают и оставляют отпечатки на полу, как печать. Проследите за соприкосновением каждой цифры на теле и отпечатка на полу. Это мы называем установлением внутреннего и внешнего контакта, пока они не соединятся в единое действие.

Отдохните. Отметьте изменения, произошедшие в соприкосновении тела с полом.

Повторите упражнение, двигая таз против часовой стрелки. Отдохните и вспомните, как тело лежало на полу перед началом упражнения, мысленно отметьте изменения. Улучшение сейчас кажется достигшим вершины, таз лежит на полу вполне плоско и близко к нему как по длине, так и по ширине. Однако это не предел, потому что нет предела совершенствованию.

Продолжение вращений таза

Поднимите правое колено, левую ногу оставьте в положении отдыха, то есть вытянутой и под углом. Сделайте 20 движений таза по часовой стрелке. Заметьте, где теперь таз больше прилегает к полу, а где - меньше, чем ранее.

Сделайте 20 вращений против часовой стрелки, подняв левое колено (правая нога вытянута) и обращая внимание, какие «отметки» циферблата ясно чувствуются. Ощущения, по-видимому, будут симметричными предыдущим.

Вытяните ноги и посмотрите, произошли ли дальнейшие изменения соприкосновения таза с полом. Вы еще раз обнаружите, что только после того, как произошли изменения, мы можем четко оценить предшествующее положение.

Продолжайте лежать, ноги врозь, проделайте 20 движений тазом по часовой стрелке. Отметьте, где таз давит сильнее, а где слабее. Выполните движение в противоположном направлении и отметьте разницу.

Заложите правую ногу за левое колено. Проделайте 20 движений по часовой стрелке, затем столько же против часовой стрелки. Отдохните и оцените результаты. Заложите левую ногу за правую и повторите то же.
Очень медленно, отдохнув не меньше минуты, повернитесь на бок и встаньте. Отметьте изменения угла таза по отношению к позвоночнику, качество дыхания, движения рук и ног, состояние глаз и лицевых мышц.

На следующих стадиях положения, пройденные на этом уроке, послужат для новых паттернов движений: мы научимся двигать головой и тазом в противоположных направлениях. Когда голова движется по часовой стрелке, таз - против часовой. Это создаст изменения, улучшающие образ тела, отношение частей тела друг к другу и непрерывность, плавность движений.

Когда мы научимся осознавать себя в большей степени, добавим еще один элемент - движение глаз. Они могут двигаться вместе с тазом, противоположно голове или

вместе с головой, противоположно тазу. По мере того как осознавание становится более зрелым, расширяется понимание.

Движение таза по «циферблату» можно попробовать в других положениях, например опираясь на предплечья, с открытыми коленями и ступнями, соединенными друг с другом; или сидя и опираясь руками на пол позади тела. В каждом из таких положений может быть много вариаций.

УРОК 6. ПОСАДКА ГОЛОВЫ ВЛИЯЕТ НА СОСТОЯНИЕ МУСКУЛАТУРЫ

На этом уроке вы почувствуете зависимость мышц всего тела от работы мышц головы и шеи. Чем свободнее и легче становится движение головы и чем дальше она может повернуться, тем легче повернуть все тело настолько, насколько это анатомически возможно. Вы обнаружите немедленное действие воображаемых движений и научитесь различать проецируемый образ действия и действительное выполнение, обретя таким образом улучшенную градацию мышечного усилия как средство более тонких мышечных действий.

Вращение ног направо

Лягте на живот, ладони к полу, одна на другой, чтобы можно было положить на них лоб. Ступни отдельно на ширине тазобедренных суставов. Поднимите ступни от пола, согнув колени, обоприте одну ступню о другую. Колени примерно под прямым углом, широко врозь, подошвы смотрят в сторону потолка.
Теперь поверните ноги направо, то есть дайте им опуститься к полу, но не давая левому колену подняться от пола. Чтобы это было возможным, левая ступня должна скользнуть по правой лодыжке выше, по мере того как правая ступня приближается к полу. При возвращении к исходному положению левая ступня будет скользить обратно по правой ноге, пройдет по лодыжке и остановится у правой ступни. Повторите это движение 25 раз и посмотрите, через какие части скелета проходит вращательное движение от ног к позвонкам шеи.

Посмотрите, какой из локтей двигается дальше во время движения направо и как этот локоть возвращается в первоначальное положение, когда ноги возвращаются к середине. Движение локтя невелико, но его можно заметить.

Лицо налево - в то время как ноги движутся направо Положите левую ладонь на тыльную сторону правой руки; поверните голову налево, пусть правое ухо и правая щека лежат на руках. Снова согните колени и дайте ногам наклониться направо, а затем вернуться на середину. Обратите внимание на передние ребра, на то, что возросло давление по одну сторону грудины, когда ноги опускаются направо. Приспособьтесь, расслабив грудь так, чтобы уменьшить давление на ребра, дайте давлению распространиться на более широкое пространство, пока не сведете его к минимуму. С каждым движением ног прослеживайте его действие от позвонка к позвонку в направлении головы, посмотрите, регулярно ли вращательное движение или целые группы позвонков движутся вместе секциями, вместо того чтобы двигаться один за другим (рис. 4.5).

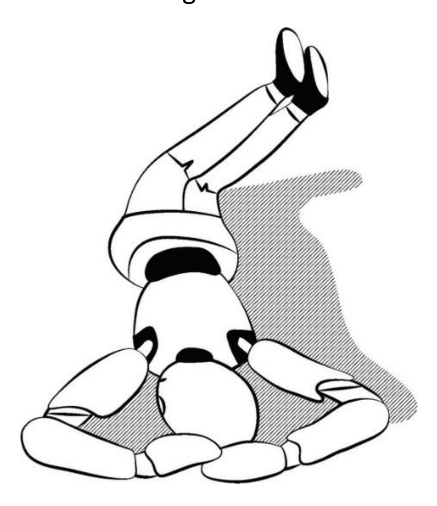


Рис. 4.5.

Посмотрите, становится ли движение ног шире от того, что вы повернули голову налево.

Проверка лежа на спине После 25 движений отдохните на спине и прочувствуйте тело: есть ли изменения в соприкосновении с полом? Поверните несколько раз голову справа налево и обратно, посмотрите, есть ли различия в движениях в разные стороны, то есть не поворачивается ли лицо вправо более легко, плавно и дальше, чем влево, или наоборот.

Лицо и ноги направо

Снова лягте на живот. Положите левую ладонь на правую руку. Поверните голову направо так, чтобы левая щека и левое ухо легли на руки. Продолжайте поворачивать ноги вниз направо, не изменяя расстояние между коленями во время движения: пусть левая ступня скользит по правой ноге, как раньше.

Стало ли вращение позвоночника больше или меньше? Легче или труднее движение ног, помогает или мешает поворот головы направо?

Вращение позвоночника и дыхание Представьте, что палец движется вдоль вашего позвоночника, от копчика до основания черепа, останавливаясь и отмечая каждый позвонок на пути. Таким образом легче проверить, есть ли какое-нибудь движение в позвонках, является ли поворот постепенным и где он заметнее. Отметьте момент движения, когда легкие наполняются воздухом. Когда вы поворачиваете ноги: когда легкие возвращаются в нейтральное положение? Для легкого и большего поворота лежа на полу грудь должна быть свободной от воздуха, а межреберные мышцы - расслабленными. Отдохните немного на спине.

Голова неподвижна, колени соединены Лягте снова на живот. Поверните голову налево, положив правое ухо и щеку на пол. Переплетите пальцы рук и положите их на левое ухо, локти на полу по обеим сторонам головы. В этом положении рама, образованная руками, создает мягкое, но постоянное давление на левую сторону лица, постепенно увеличивая угол, под которым голова повернута в сторону. Сам вес рук только помогает почувствовать изменение, которое в действительности вызывается работой корпуса, облегчающего движение позвонков. Соедините колени и согните их примерно под прямым углом, подошвы повернуты к потолку. Наклоните обе ноги направо, но на сей раз пусть они остаются вместе, как будто они связаны в коленях и лодыжках. Вы обнаружите, что теперь можете наклонить ноги направо, только если левое колено и бедро оторвутся от пола. Вернитесь к среднему положению, затем снова наклоните ноги. Повторите 25 раз.

Размягчите тело

Пусть движение ног начнется с выдохом. Отметьте постепенный поворот, проходящий по всей длине позвоночника, со специальным вниманием к верхним грудным и нижним шейным позвонкам. Поворот таза вызовет выпрямление позвоночника. Отметьте движение, ощущаемое в левом локте, и в каждый момент старайтесь удлинять тело и делать движение ног все более плавным и округлым. Обратите на это специальное внимание, когда изменяете направление движения ног.

Изменения в движении головы

Окончив эти движения, дайте голове очень медленно вернуться в среднее положение. Изменения, произошедшие в шейных позвонках и мышцах затылка, могут быть столь велики, что первое нормальное движение, выполненное на этой стадии без принятия изменений во внимание, может быть очень неприятным. Однако после первых осторожных медленных движений не будет необходимости в дальнейшем специальном внимании; напротив, движение головы улучшится.

Лягте на спину, положите голову на пол и поверните ее направо, потом налево. Посмотрите, действительно ли улучшилось движение, стало ли оно непрерывным и плавным в направлении, в котором делалось упражнение, увеличился ли угол поворота в эту сторону в сравнении с другой.

Более сильные вращательные движения Лягте на живот и поверните голову направо, левой щекой на пол. Переплетите пальцы непривычным образом, положите руки на правое ухо. Соедините колени и согните их под прямым углом, затем наклоните их вниз к полу направо. Правое бедро и колено будут каждый раз поворачиваться на внешнюю сторону, когда
ноги приближаются к полу. Можно различить вращающий эффект в шейных позвонках; разумеется, поначалу ноги не должны доходить до пола, если это неудобно. Продолжайте постепенно совершенствовать движение, повторяя его 25 раз. При этом внимательно наблюдайте за своим телом.

Различия в ощущениях и движениях с разных сторон тела Отдохните лежа на спине. Сравните ощущения с теми, которые были в начале урока. Встаньте, пройдитесь немного, прочувствуйте новое в ощущениях головы, выпрямленного туловища, в управлении ногами, дыханием, положением таза. Можете ли вы почувствовать разницу в ощущениях правого и левого глаза? Посмотрите в зеркало: отражается ли объективное различие каким-нибудь образом, в какую сторону выполнялось упражнение?

Лягте на живот. Положите лоб на руки и просто наклоните ноги направо. Теперь они либо достают до пола, либо подходят к нему очень близко, и движения их легче и более плавные, чем до начала урока. Лягте на спину и прочувствуйте соприкосновение с полом двух сторон тела, от пяток до макушки.

Образное вспоминание

Лягте на живот. Вспомните движения, которые вы проделали в течение этого урока. Это нетрудно, поскольку мы переходили от простого к сложному, поворачивая позвоночник с двух его концов, от затылка и от таза. Теперь, когда вы вспомнили все вполне ясно, проработайте все позы симметрично, движениями ног налево, но только мысленно: представьте себе ощущения этих движений в мышцах и костях, доходя до легкого напряжения мышц, но без видимых движений. Данный метод быстро становится эффективным, если проделывать мысленно каждое движение пять раз. Не забывайте считать движения, поскольку сосредоточиться без реальных действий достаточно трудно. Думать труднее, чем действовать; большинство людей охотнее делают, чем думают, что они делают.
Отдыхайте после каждых пяти воображаемых движений и проверяйте результаты.

Осознавание образа себя Постепенно вы начнете осознавать странное ощущение, незнакомое большинству людей: более ясную картину образа себя. Этот новый образ касается в основном мышц и скелета. Он более полон и точен, чем тот, к которому вы привыкли, и вы будете удивляться, почему раньше не знали об этом. Лягте на живот и посмотрите, на какой стороне движения лучше: на той, где вы много практиковались, или на той, где немного подумали.

УР0К 7. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБРАЗА СЕБЯ

На этом уроке вы научитесь использовать одну группу мышц для особого движения в различных положениях тела. Суставы, используемые в этом движении, станут более подвижными и достигнут анатомически возможных пределов в течение часа. Вы увидите влияние движений головы на мышечное напряжение, воздействие воображаемых движений на реальные движения, научитесь исключать вербализацию в воображаемом движении - все это ведет к совершенствованию образа себя. Вы научитесь также передавать улучшение, активно приобретенное на одной стороне тела, другой, которая не действовала, не принимала участия в движении, посредством только визуализации или мысли.

Поднимание ступни в направлении головы Сядьте на пол, колени наружу, ступни внешними краями на полу впереди. Положите правую руку под левую пятку, чтобы пятка лежала на ладони. Для этого поднимите немного пятку от пола и просуньте руку как клин между полом и пяткой. Большой палец держите вместе с остальными, охватывая пятку. Теперь возьмите остальные пальцы правой ноги (кроме большого) левой рукой, просунув большой палец руки между большим пальцем ноги и соседним пальцем, сожмите руку, чтобы малые пальцы ноги оказались охвачены пальцами левой руки (рис. 4.6).
Поднимите правую ногу с помощью обеих рук и в то же время отодвиньте ее от тела. Затем потяните ее к голове хорошо закругленным движением, потом опустите к первоначальному положению. Повторите, поднимая ногу во время выдоха. Опустите голову вперед настолько, чтобы ноге, которая будет медленно подниматься над головой, было удобно плавно завершить движение в сторону тела перед возвращением к полу.





Рис. 4.6.

Продолжайте поднимать ногу, но без напряжения, излишнего усилия и старания, не пересиливая движения. Просто повторяйте движение, делая его каждый раз все более легким и плавным, непрерывным и удобным. Проверьте грудь, плечи, лопатки, не старайтесь - это мешает движению становиться более легким и широким. Скелет без мышц не испытывал бы ни малейшей трудности в поднимании ноги высоко и мог бы поставить ее на голову. Мышцы создают основное препятствие этому движению, потому что некоторые из них продолжают напрягаться и укорачиваться относительно их истинной анатомической длины даже в состоянии полного отдыха.

Повторите движение около 20 раз, затем лягте на пол, отдохните.

Поднимание ступни лежа на спине

Лягте на спину и поставьте ступни и колени, как ранее. Поднимите правую ступню и обеими руками (между коленями) обхватите ее, как ранее: правую руку под пятку, все пальцы, в том числе и большой, под пяткой, левая рука держит малые пальцы. Руками поднимите ногу плавным движением от тела в направлении потолка. Теперь дайте траектории ступни искривиться в сторону головы, в то же время поднимая голову навстречу ступне. Опустите ступню в удобное положение, но не отпускайте ее. Повторите 25 раз, не пересиливая себя.

Выберите для ступни путь в воздухе, который позволит ей двигаться легко и мягко. Вам это удастся, если вы не будете слишком стараться. Наблюдайте изменения в траектории ступни и различную силу напряжения в груди и руках. Остановитесь и отдохните на спине. Снова примите прежнее положение. Левая нога пусть легко лежит на полу. Руками двигайте правую ногу от тела, затем поверните таз направо, пока правое бедро не коснется пола. Голова и тело тоже повернутся направо. Выдыхая, согнитесь, направляя голову вперед к правому колену широкой дугой близко от пола, чтобы попытаться привести тело в сидячее положение. Попробуйте еще раз. Пусть левая нога помогает, поднимаясь от пола, вытягиваясь и затем двигаясь немного налево, колено сгибается, когда вы пытаетесь сесть. Не является необходимым или важным, чтобы вам удалось это с первой или второй попытки. В любом случае лягте снова на спину и попробуйте повернуться направо легко, без специального усилия.

Дуговое движение головы около пола Продолжайте движение головы близко к полу, пусть руки мягко тянут правую ногу таким образом, чтобы она помогла голове проходить дугой близко к полу, к воображаемой точке на полу, перед коленом немного справа. Левая нога помогает, как и ранее. Не забывайте расслабить грудь, не стараться, находить части тела, где мышечное усилие не трансформируется в движение (рис. 4.7).

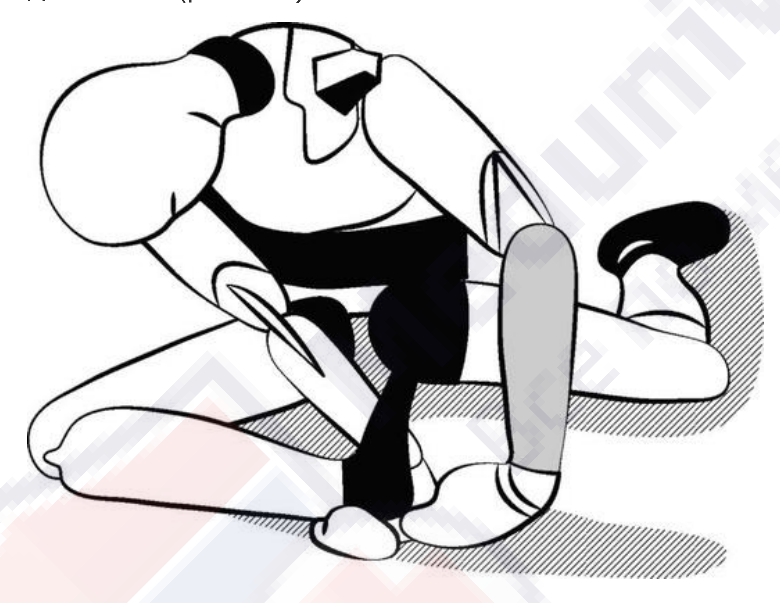


Рис. 4.7.

Повторите несколько раз. Каждый раз отмечайте части тела, которые не представлены в образе тела в данный момент, и старайтесь сделать образ более полным.

Попробуйте 25 раз, но не ожидайте, что каждый раз вы будете достигать успеха. Отдохните минуты две.

Раскачивание туловища из стороны в сторону Сядьте, согнутые колени разведите в стороны. Вытяните руки между ногами и обхватите правую ступню, как ранее. Поднимите ступню вперед и вверх над головой, посмотрите, есть ли улучшения.

Не отпуская правую ногу, положите левую ногу назад налево, внутренней частью ступни и колена на землю. В то же время положите правую ногу на пол перед собой; голова опустится вперед вместе с туловищем. Приблизьте его к полу перед собой в направлении, которое покажется наиболее удобным, к правому колену или лодыжке. Раскачивайте туловище справа налево очень маленькими движениями, которые покажутся удобными.

Перекатывание из положения сидя в положение лежа и обратно (на правой стороне) После нескольких небольших раскачиваний увеличьте амплитуду, пока не сможете, опуская голову, перекатиться направо на пол и оказаться лежащим на спине. Левая нога, конечно, тоже поднимется от пола. Если движение было вполне удобным и мягким, перекатитесь, лежа на спине, и окажетесь лежащим почти на левой стороне.
Оттолкнитесь от пола левой ступней и начните движение обратно направо. Складывайте тело, голова ведет в перекатывании, держась близко к полу, пока не достигнет правого колена. Если вы не забудете подвинуть левую ногу, находящуюся сзади, налево, сгибая ее, вы сможете достичь сидячего положения (рис. 4.8).

Будьте осторожны, не выпрямляйтесь, достигнув сидячего положения, держите голову и туловище как можно ближе к полу. В этом положении сдвиньте тело немного налево посредством движения туловища и головы для начала и перекатитесь опять направо, в положение лежа на спине. Повторите это перекатывание 25 раз, потом отдохните.

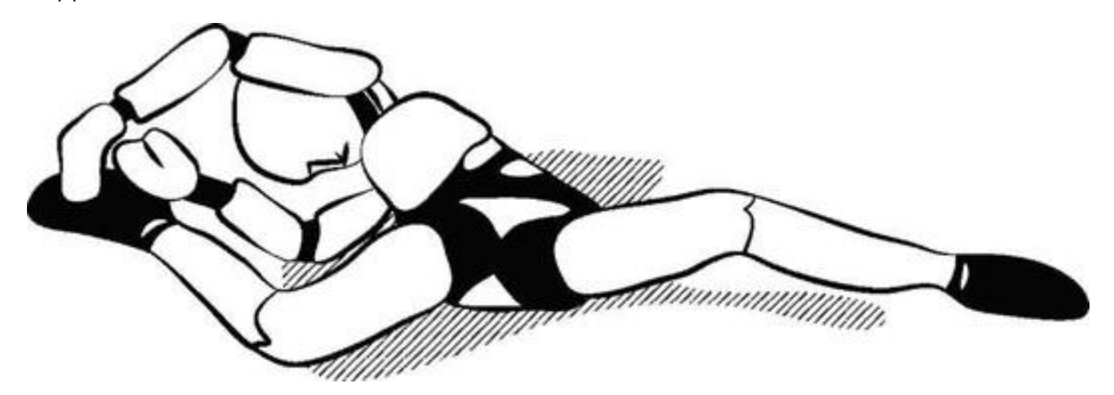
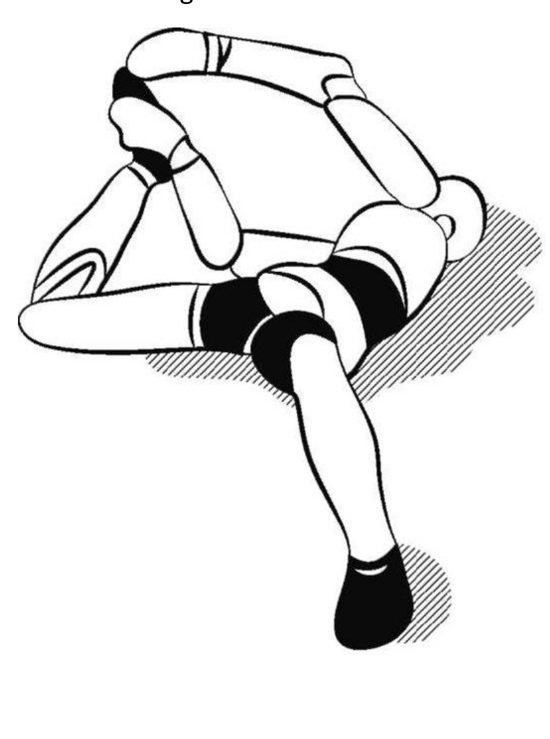


Рис. 4.8.

Повторите, но мысленно Если вам не удалось перекатиться из лежачего положения в сидячее и обратно, попробуйте выполнить движение в воображении как лежа на спине, так и сидя, по пять раз в каждом положении, принимая во внимание так много деталей тела, как можете. Старайтесь, чтобы воображаемое движение было непрерывным. Постарайтесь, чтобы ваше дыхание оставалось спокойным и ритмичным, потом попробуйте реальное движение еще раз.

Поднимание ноги сидя фактически и в воображении Сядьте, как в начале урока, обхватите ступню обеими руками и попробуйте поднять ее над головой и поставить на макушку. В хорошо организованном теле не нужно никакого усилия, чтобы положить выемку внутреннего края ступни на макушку. Если вам трудно это выполнить, сядьте, закрыв глаза, и визуализируйте движение в деталях в его непрерывности. Заметьте, как трудно вообразить ощущение движения, если вы не можете его выполнить.

Завершите образ своего тела Закройте глаза и продумайте все положения, описанные в этом уроке. Отметьте ощущение конечностей во время каждого движения, повторите его два-три раза в каждом положении, с четкими паузами между движениями, затем попытайтесь снова поднять свою ногу и посмотрите, повинуется ли она теперь вашему желанию поставить ее на макушку с большей легкостью, можете ли вы это сделать (рис. 4.9).



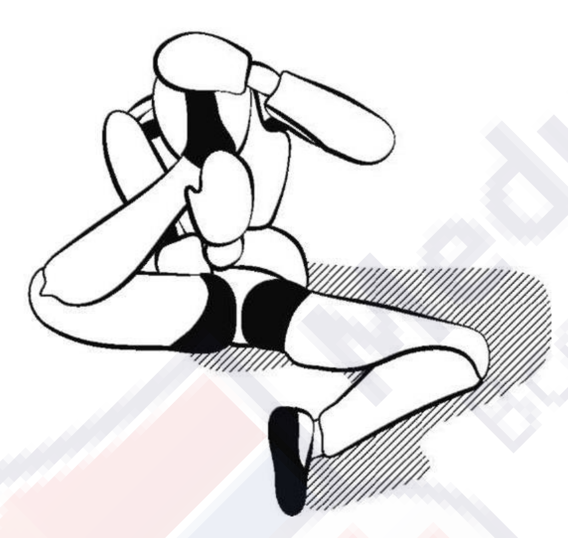


Рис. 4.9.

Повторите в воображении все движения в левую сторону.

Встаньте и пройдитесь, отметьте различия в ощущениях между той стороной тела, которая участвовала в упражнении, и другой стороной. Рассмотрите лицо, глаза, движения, повернитесь в разные стороны.

Теперь лягте на спину и просто поднимите колени. Закройте глаза и обратите внимание на различия в соприкосновении с полом между правой и левой сторонами. Теперь вообразите все стадии движений этого урока на левой стороне, а не на правой, но представляйте себе это в ощущениях, а не словах. Повторяйте каждое воображаемое движение три раза с паузами между движениями.

Совершенствование больше посредством визуализации, чем посредством действия

Теперь сядьте и симметрично обхватите левую ступню двумя руками. Поднимите ступню над головой и попробуйте положить ее на макушку. Вы обнаружите, что сторона, на которой вы только что представляли себе действие, повинуется лучше и работает лучше, чем та, на которой вы реально проделывали действие.

Сторона, на которой действие проделывалось, выполняла также много неправильных движений, что всегда происходит, когда применяется новое движение, поэтому достижения другой стороны больше.

УРОК 8. ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ КАК СРЕДСТВО КООРДИНАЦИИ ДЕЙСТВИЙ

На этом уроке вы увидите, что сознательное внимание к пространственным отношениям между движущимися конечностями делает движение координированным и плавным; внимательное систематическое ощущение части тела может снять излишние мышечные напряжения в ней.

Часы напротив лица Сядьте на пол. Можете скрестить ноги, можете не делать этого, колени врозь, в удобном положении. Отведите руки назад, чтобы опираться на них. Представьте себе циферблат напротив вашего

лица и подвигайте носом по кругу, как будто переводите стрелки часов по этому циферблату по часовой стрелке. Круг, проводимый носом, должен быть небольшим, иначе ваш нос будет терять контакт со «стрелками» справа и слева. Продолжайте это простое движение очень медленно и много раз, убедитесь, что оно не мешает дыханию.
Путь ушной мочки

Представьте, что мочка вашего левого уха привязана тонкой резинкой к краю левого плеча. Решите, в какой части движения резинка натягивается и удлиняется, а в какой укорачивается и насколько. Нос движется по кругу с одинаковой скоростью. Является ли движение мочки уха также круговым? Попробуйте представить себе, где находится ваша мочка, когда нос на «12 часах», на «3 часах», «6 часах», «9 часах» и снова на «12 часах». Повторите много раз все спокойнее и спокойнее. Пытайтесь проследить путь мочки уха только ощущением: просто обратите на нее внимание, пока не почувствуете, где она находится по отношению к краю плеча.

Перемещайте фокус от ушной мочки к носу и обратно Продолжайте движение носа и, не прерывая его, переместите центр внимания на мочку уха. Рисуйте воображаемые круги мочкой уха таким образом, чтобы нос мог продолжать свое движение. В каком направлении движется ухо? Что происходит с резинкой, которую мы воображали, связывающей мочку с плечом? Движение не такое, как ранее. Изменил ли нос свой путь, очерчивает ли он круги? Верните внимание к носу, пусть он движется кругами. Проверьте теперь движение ушной мочки. Поскольку нос и ушная мочка - части одной головы, и, если одна часть движется кругами, значит, другая тоже движется кругами. Однако дело обстоит не так просто.

Смотрите левым глазом Измените направление круговых движений носа, пусть он поворачивает стрелки часов против часовой стрелки. Закройте глаза и сосредоточьте внимание на левом глазу. Куда вы в действительности смотрите этим глазом? Попробуйте посмотреть закрытым левым глазом в сторону переносицы, между глазами, затем наружу, в сторону левого угла левого глаза, продолжая круговые движения носом. Большинство людей отказываются, попробовав несколько раз и будучи не в состоянии найти ответ. Может быть, на вопрос можно ответить, только примерившись к движению. Попробуйте вращать левым глазом и выяснить, как это повлияет на круги носа. Отдохните.

Окрашивание левой половины головы воображаемой кисточкой Сядьте удобно на полу, скрестив ноги. Вращайте носом по часовой стрелке и одновременно попробуйте воображаемой кисточкой покрасить левую половину головы. Представьте, что левая рука держит кисточку и движется сначала от седьмого (наиболее выступающего) шейного позвонка к левой части затылка, оставляя полоску в два пальца шириной на шее и затылке налево от линии, делящей голову пополам; продолжайте от макушки к

лицу через лоб, левый глаз, щеку, верхнюю губу, нижнюю губу, по подбородку вниз, вокруг нижней челюсти на левую сторону шеи до ключицы; вернитесь таким же образом до нижней части шеи сзади. Продолжайте красить левую сторону головы до левого плеча, располагая линии рядом друг с другом.

Двигайте нос направо, окрашивая кисточкой левую половину головы Отдохните немного, а потом начните движение носа в противоположную сторону. Покрасьте еще раз левую половину головы, но пусть мазки пойдут теперь под прямым углом к предыдущим, то есть справа налево и обратно, чтобы вся левая половина головы была пройдена второй раз. Мешают ли красящие движения движениям носа? Если мешают, то где именно? Когда кисточка меняет направление? Одинаково ли чувствуется прохождение кисточки по всем точкам, или некоторые места остаются нечувствительными, когда кисточка по ним проходит? Перебивается ли дыхание? В каких местах обнаруживаются мышечное напряжение и перерывы в движении? В глазах? Шее? Диафрагме? Отдохните.

Перемещение внимания от части к части Продолжайте движение носа против часовой стрелки. Во время движения начните очерчивать круги подбородком. Через несколько минут решите, что вы реально двигаете углом левой челюсти под ухом. Затем переведите внимание на левый висок, затем на точку между ухом и шейным позвонком в основании головы.

После каждых пяти или десяти движений головы решайте, что вы переводите центр движения в другую часть головы, одну за другой, но между каждым переходом возвращайтесь к носу. Продолжайте, пока не станет возможным включить все части левой стороны головы и лица в единое умственное усилие с одинаковой четкостью. Отдохните.

Левая нога встает коленом на пол Пусть левая нога встанет коленом на пол, в то время как правая остается ступней на полу. Выпрямите правую руку перед собой, левую сзади, обе на уровне плеч. Закройте глаза и представьте себе тонкую резиновую нить, привязывающую левое ухо к левой руке (которая выпрямлена сзади), и другую нить, привязывающую его к правой руке (которая вытянута вперед). Проделайте 25 круговых движений носом в одном направлении и еще 25 движений в другом, проследите удлинение и укорочение резиновых нитей в пространстве.

Левая нога опирается на пол После небольшого отдыха вернитесь в положение на колене, но теперь левая нога опирается на пол ступней; вытяните левую руку перед собой, а правую - назад, на уровне плеч. Повторите движения носа, продолжая наблюдать движение «резинок». Встаньте и пройдитесь. Чувствуете ли вы разницу, поворачивая голову налево и направо? Различно ли ощущение пространства с двух сторон? Есть ли разница в ощущениях пальцев правой и левой ноги?

УРОК 9. ДВИЖЕНИЕ ГЛАЗ ОРГАНИЗУЕТ ДВИЖЕНИЕ ТЕЛА

Здесь вы узнаете, как движение глаз координирует движение тела и как они связаны с движением мышц шеи. Проверка связи между глазами и шейными мышцами улучшает управление движениями тела и делает их легче. Движение глаз в противоположном движению головы направлении и движение головы

в направлении, противоположном движению тела, добавляют движению возможности, о которых многие не подозревают. Эти упражнения расширяют спектр действий и помогают избавиться от ложных привычек в движении. Вы также научитесь различать мышцы, управляющие движением глазных яблок, и мышцы, управляющие зрением более специфическим образом.

Движение направо и налево стоя

Встаньте, поставьте ноги слегка врозь и вращайте тело направо и налево, руки мягко висят. Когда вы поворачиваетесь направо, правая рука движется вправо за спину, а левая - направо впереди тела, как бы желая перехватить правый локоть. Когда вы поворачиваетесь налево, левая рука движется влево назад, а правая - налево перед телом, перехватывая ее спереди.

Продолжайте вращение туловища, закройте глаза. Проследите, чтобы движения головы были плавными. При каждом изменении направления обращайте внимание, что начинает обратное движение первым - глаза, голова или таз. Проделайте много таких движений справа налево и обратно, пока ответ не станет ясным и вы не сможете наблюдать все части тела, участвующие в движении, без остановок в начале или конце поворота.

Откройте глаза и продолжайте повороты. Посмотрите, продолжают глаза смотреть вперед в сторону носа, как если бы они были закрыты, или делают что-то еще? Если так, что именно?

Предвосхищают ли они движения головы? Осматривают ли они бегло части горизонта видения?

Координация глаз и плавности движения Закройте глаза и попробуйте прочувствовать, когда повороты более плавны и текучи - когда глаза открыты или когда закрыты. Попробуйте достичь с открытыми глазами той плавности, которой вы достигаете с закрытыми. Можно предположить, что с открытыми глазами движения лучше во всех отношениях, но практически оказывается, что это часто ведет к прерыванию плавности движения и его размера, потому что у многих движения глаз не координированы достаточно с мышечной деятельностью.

Обратите внимание на ощущение движения в ногах, тазе, на все мелкие изъяны во вращательном движении, чтобы иметь возможность сознавать изменения, которые возникнут при улучшении управления движением тела.
Ротация тела направо сидя

Сядьте на пол. Согните левую ногу и положите ее налево так, чтобы ее внутренняя часть лежала на полу со ступней в сторону от бедра. Положите ладонь правой руки на пол. Правую ногу положите перед собой таким образом, чтобы икра лежала параллельно телу перед ним, а подошва прикасалась к бедру у левого колена. Вытяните левую руку вперед, напротив глаз, и поверните туловище направо, ведя его за левой рукой. Глазами следите за движением большого пальца направо.

Вернитесь к середине и снова повернитесь направо, до удобного предела. Согните левый локоть, чтобы ладонь могла больше сдвинуться направо. Убедитесь, что глаза остаются в покое, то есть смотрят на ладонь руки, в то время как голова и плечи движутся направо. Продолжайте двигаться медленно, не пытаясь повернуться вправо больше, чем удобно. Убедитесь, что глаза не движутся дальше направо, чем ведет их голова. Старайтесь не укорачивать позвоночник, то есть не стягивать грудь и ребра, давая голове сидеть высоко, но без намеренных усилий выпрямления. Внимательно давайте глазам следовать за левой ладонью при ее движении. Многие бессознательно продолжают смотреть правее после того, как рука прекратила движение, иногда даже после того, как этот недостаток им указан.

Лягте, отдохните, прочувствуйте соприкосновение спины с полом.

Поворачивание туловища налево сидя Сядьте и поверните обе ступни направо в симметричное предыдущему положение. Вытяните правую руку перед глазами и поверните туловище налево, причем глаза должны следить за большим пальцем руки. Сгибайте правый локоть по мере того, как рука движется налево, чтобы она могла дальше зайти налево.

Вернитесь в начальное положение. Сделайте 25 поворотов, делая каждое движение легче, чем предыдущее. Обращайте внимание на таз, позвоночник, затылок, излишние напряжения в ребрах или где-нибудь еще, которые мешают движению выполняться легко (рис. 4.10). Качество движения важнее, чем то, насколько вы продвинетесь налево. Отдохните лежа на спине.

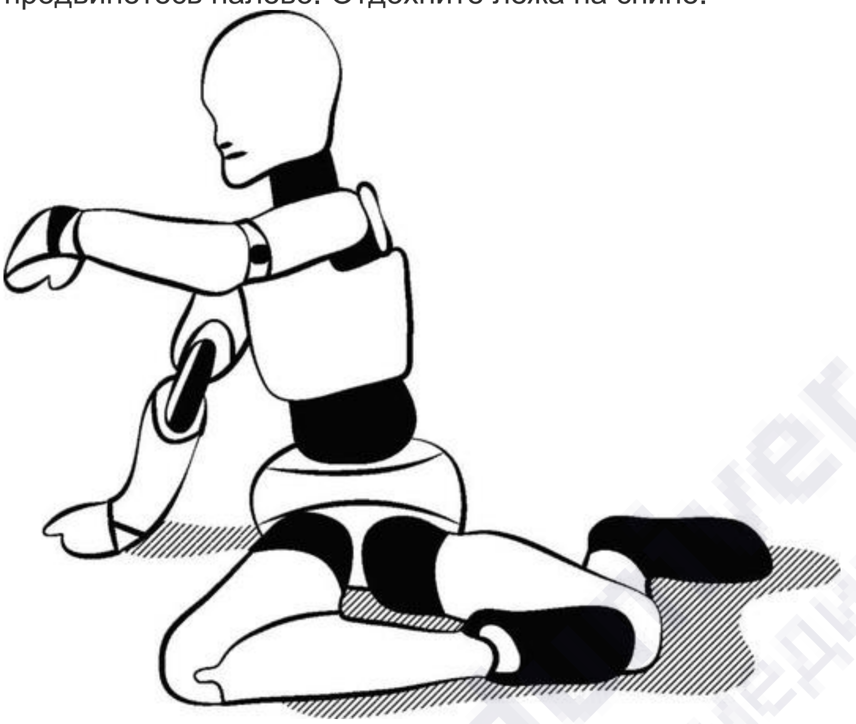


Рис. 4.10.

Движение глаз увеличивает угол поворота Сядьте и согните левую ногу назад налево. Правую ногу вытяните на полу вдоль тела. Поверните туловище направо и обопритесь правой рукой на пол. Рука, таким образом, лежит дальше направо, чем раньше, потому что туловище уже повернуто вправо. Поднимите левую руку вперед, перед глазами, и с движением туловища поверните ее вправо. Согните левый локоть таким образом, чтобы отвести левую руку так далеко направо, как только удобно, и оставить в таком положении.

В этом повернутом положении посмотрите глазами на правый край левой руки, потом сдвиньте их назад на остальную часть руки. Подвигайте глазами таким образом (направо-налево) около 20 раз. Помогайте себе направить движение взгляда движением головы. Движения глаз должны оставаться горизонтальными, хотя они и стремятся опуститься вниз на правом краю.

Не укорачивайте тело

Чтобы облегчить это движение, не укорачивайте шею. Позвоночник должен двигаться легко, как будто кто-то помогает вам, легко поднимая голову за волосы на макушке. Можно также облегчить движение, подняв левую ягодицу от пола. Отдохните.

Попробуйте повернуться еще раз направо, ведя себя левой рукой, посмотрите, увеличилась ли дуга поворота, оставаясь удобной.

Каждый глаз отдельно и оба вместе

Сядьте, согните правую ногу направо, левую направьте к телу. Поверните тело налево и обопритесь на левую руку так далеко, как это возможно в пределах удобного. Поднимите правую руку на уровень глаз и поверните налево в горизонтальной плоскости. Смотрите на правую руку и поверните голову и глаза к

какой-нибудь точке на стене, далеко левее от руки. Потом посмотрите на руку, затем снова на пятно и так далее около 20 раз: 10 раз с закрытым левым глазом, перемещая взгляд только правого, 10 раз с закрытым правым глазом, двигая только левым. Теперь попробуйте выполнить движение еще раз, открыв оба глаза, и посмотрите, увеличился ли угол поворота налево. Улучшение часто ошеломляющее. Согните левую ногу назад, правую к себе, попробуйте также улучшить движение направо. Не забудьте, что упражнение выполняется поочередно каждым глазом.

Координация глаз ведет к улучшению в туловище Отдохните на спине. Посмотрите, какие части тела ближе прилегают к полу. Это является следствием осознавания движений глаз. Если туловище зажмется опять через некоторое время, можно будет заметить соответствующее уменьшение амплитуды движений глаз. Можно овладеть техникой координации движений глаз настолько, чтобы усовершенствовать движения всего туловища.

Поворот вправо, взгляд налево Сядьте, согните левую ногу назад, правую придвиньте близко к телу. Поверните туловище, голову и плечи так далеко направо, как можно, в пределах удобного. Обопритесь на правую руку сзади себя. Поднимите левую руку с согнутым локтем на уровень глаз и поверните его направо. Смотрите на руку, потом налево от нее, на какое-нибудь определенное пятно на стене, затем снова на руку и так 25 раз, с каждым взглядом все далее налево. Закройте один глаз и проделайте еще движений 10 открытым. Потом закройте этот глаз и проделайте 10 движений другим. Убедитесь, что вы не двигаете головой, закрывая поочередно глаза. Откройте оба глаза и сделайте еще 5 движений. Помните о воображаемой легкой поддержке за волосы макушки. После этого попробуйте простое движение направо и посмотрите, стала ли дуга поворота больше и удобнее.

Поворот влево, взгляд направо Сядьте, согните правую ногу назад, левую придвиньте, поверните тело, голову, плечи влево так, чтобы опереться на левую руку. Поднимите правую руку налево на уровень глаз. Смотрите направо от руки много раз. Затем поочередно закрывайте глаза при этом движении, после сделайте пять движений при обоих открытых глазах. Проверьте качество поворота. Лягте на спину, отдохните.

Движение плечевого пояса направо Сядьте, согните левую ногу назад, правую поместите перед телом. Повернитесь всем туловищем вправо. Сначала обопритесь на правую руку, потом на левую, руки на полу на некотором расстоянии друг от друга. Поднимите голову и сдвиньте плечевой пояс вправо таким образом, чтобы правое плечо двинулось на-

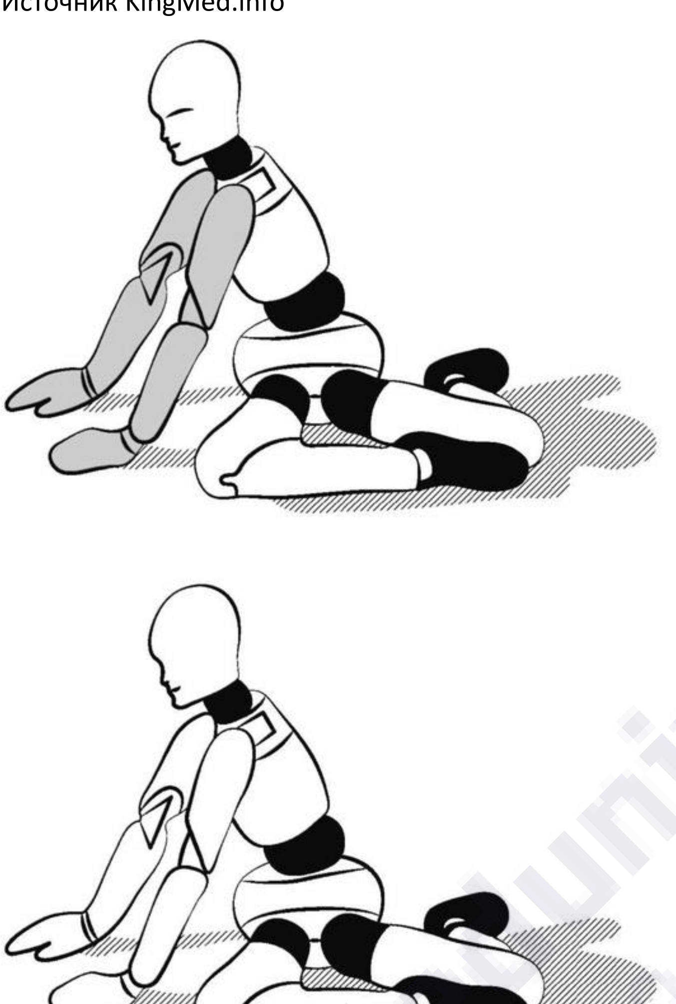


Рис. 4.11.

зад и направо, а левое - вперед и направо. Убедитесь, что каждое плечо определенно движется в этом направлении - одно вперед, другое назад, - пока давление не будет распределено равномерно между руками.

По мере того как плечи движутся направо, голова и глаза по привычке также движутся направо. Попробуйте повернуть голову влево, в то время как плечи движутся направо, и наоборот, голову направо, в той ситуации, когда плечи движутся налево.

Следите за грудью и дыханием и продолжайте двигать головой в направлении, противоположном плечам, пока движение не станет приятным.

Переход от противоположного движения к однонаправленному и обратно Продолжайте противоположные движения головы и плеч, а потом, не останавливаясь, перейдите к однонаправленным движениям, то есть когда голова идет в том же направлении, что и плечи, направо и налево. Затем, не останавливаясь, снова перейдите на противоположное движение.

Остановитесь и постарайтесь обнаружить, есть ли какие-нибудь улучшения при повороте и ощущении движения. Лягте на спину и посмотрите, есть ли изменения в соприкосновении спины с полом.

Движение плечевого пояса влево Сядьте так же ногами направо и повторите все движение в противоположную сторону. Поворачивайте голову то в сторону плеч, то в противоположную. Чтобы добиться успеха, избегайте старания.

Нагибайте или наклоняйте голову из стороны в сторону с телом, повернутым вправо, потом влево.
Сядьте, согните левую ногу назад, а правую - впереди близко к телу. Поверните все туловище направо и обопритесь на правую руку. Немного увеличьте поворот вправо и сдвиньте руку еще немного направо, так чтобы поворот создавал лишь небольшое напряжение. Положите левую руку на макушку, чтобы она помогала голове нагибаться направо и налево и правое ухо приближалось к правому плечу, а левое ухо - к левому.

Будьте внимательны: не поворачивайте голову, вместо того чтобы наклонять; нос должен смотреть в первоначальном направлении, даже когда правое ухо приближается к правому плечу, а левое ухо - к левому.

Затем перемените положение ног в другую сторону, поверните тело влево и обопритесь на левую руку. Повторите наклоны головы, помогая правой рукой, лежащей на макушке. Вы сможете наклонять голову дальше направо и налево, если поможете движением позвоночника, который будет сгибаться налево, когда голова нагибается направо, и наоборот.

Раскачивание туловища сидя Сядьте на пол, передвиньте ступни вправо. Раскачивайте туловище справа налево легкими движениями, постепенно увеличивающимися в размахе. Дышите свободно, чтобы сделать раскачивание легче.

После нескольких качаний измените движение головы и глаз по отношению к туловищу и рукам, чтобы голова и глаза двигались налево, когда туловище движется направо, и наоборот.

Не останавливая движение, сделайте его однонаправленным, затем - противоположным.

Продолжайте эти переменные движения туловища, пока переход от одного к другому не станет мягким и легким. Выполните около 25 движений каждого типа, затем отдохните.

Повторите это упражнение, сидя наоборот, обеими ногами, повернутыми влево. Отдохните.

Сядьте и просмотрите изменения в качестве и величине поворотов с начала урока.

УРОК 10. ОСОЗНАВАНИЕ ЧАСТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ ВНЕ СОЗНАНИЯ, С ПОМОЩЬЮ ЧАСТЕЙ, ПОДВЛАСТНЫХ СОЗНАНИЮ

У каждого человека есть части тела, которые индивидуум полностью осознает и с которыми он вполне знаком. Например, почти каждый лучше осознает губы и кончики пальцев, чем затылок и подмышки. Полный и однородный образ себя в отношении всех частей тела (ощущений, чувств и мыслей) - идеал, который до сих пор труднодостижим при человеческом развитии. Этот урок предлагает технику пополнения образа себя с помощью сопоставления ощущения в частях тела, которые человек осознает, и тех, которые не осознает. Этот опыт поможет осознавать те части тела, которые остаются вне круга использования в деятельности и сознательного употребления в обычной жизни.

Воображаемый палец надавливает на икру Лягте на живот. Вытяните ноги таким образом, чтобы они лежали удобно, симметрично по отношению к позвоночнику. Руки положите одну на другую на полу перед головой, лоб на руки. Представьте, как кто-то касается пальцем пятки правой ноги и проводит им по икре до подколенной впадины. Давление должно быть таким, чтобы почувствовать твердость костей ноги; воображаемый палец должен идти по прямой линии, не соскальзывая влево или

вправо, так что нужно выпрямить ноги и пальцы, в то время когда пятка смотрит вверх.

Повороты туловища стоя, попеременно поднимая пятки Встаньте, ноги примерно на ширине таза, поворачивайте руки и туловище справа налево, голова движется вместе с телом. Когда вы движетесь направо, дайте левой пятке подняться от пола, когда движетесь налево - правой. Убедитесь, что движение рук свободно, продолжайте, сделайте 25-30 поворотов. Когда движения головы станут плавными и приятными, измените их направление. Продолжайте поворачивать голову в направлении, противоположном движению туловища, пока это тоже не станет легким и плавным. Снова измените направление, то есть двигайте голову вместе с плечами. Попробуйте менять направление движения головы, не останавливая движение туловища.
Пройдитесь и посмотрите, как изменились ваша поза, движение и дыхание.

Шарик катается по ягодицам Теперь попробуйте представить себе железный шарик, катящийся по ноге, от середины пятки до колена и обратно. Шарик будет следовать по пути наименьшего сопротивления, которым двигался воображаемый палец, не отклоняясь ни вправо, ни влево. Попробуйте мысленно прочувствовать все точки на его пути, убедиться, что шарик ни одну точку не перепрыгнул.

Прочувствуйте давление пальца и движение железного шарика, пока не найдете все точки, в которых сомневаетесь. Это не требует никаких движений. Теперь представьте, что мячик продолжает движение по бедру и к большой ягодичной мышце. Найдите бедренную кость. Начните у колена и двигайте шарик к ягодице. Приближаясь к ней, вы можете засомневаться в направлении. Попробуйте выяснить, по какому пути он покатится, если вы поднимете ногу. Продолжайте катать шарик обратно к колену и пятке, затем снова к ягодице, пока все точки на его пути не будут четко прочувствованы.

Шарик на тыльной стороне левого предплечья Вытяните левую руку вперед, удобно согнутую в локте, и представьте себе тот же тяжелый железный шарик на тыльной стороне предплечья. Найдите место, где он может остановиться, не падая. Попробуйте покатить его к локтю, найдите точный путь, по которому он может прокатиться до локтя и обратно, начиная с тыльной стороны запястья. Затем представьте себе, что кто-то проходится по этому пути пальцем, продолжайте это делать, пока он не станет вам совершенно очевиден.

Продолжайте таким же образом от локтя до плеча, четко отмечая путь шарика и пальца. Медленно вернитесь к тыльной стороне запястья, затем снова к плечу и лопатке. Здесь тоже путь шарика требует прояснения.
Вернитесь к правой ноге

Вернитесь к правой ноге, попробуйте немного поднять пятку и голень и представьте себе путь шарика, как он вернется на ногу. Дайте шарику медленно катиться от колена по бедру, проследите, как он возвращается к ягодице.

Обратите внимание на мобилизацию мышц левого плеча по мере того, как шарик катится по своему пути.

От правого бедра до левого плеча и обратно Попробуйте представить себе продолжающийся путь шарика - от колена, по бедру, через таз к левой лопатке. Найдите точный путь, по которому шарик пересечет таз, чтобы попасть на талию, и оттуда по позвоночнику - к левой лопатке.

Слегка приподнимите лопатку: пусть шарик покатится обратно тем же путем - к позвоночнику, талии, тазу и до правого бедра. Обратите внимание, где шарик

пересекает ягодицу по пути к колену и дальше к пятке. Четко, непрерывно и точно проследите весь его путь.

От тыльной стороны левой кисти к правой пятке и обратно Верните шарик на тыльную сторону левой кисти. Слегка приподнимите, чтобы шарик докатился до локтя, еще дальше до лопатки. Чтобы шарик мог катиться, нужно организовать тело таким образом, чтобы точка перед шариком всегда оказывалась немного ниже, чем та, где шарик находится, или чтобы точка, на которой находится шарик, была выше, чем точка перед ним.

Прокатите шарик от лопатки по позвоночнику, ягодице и бедру до пятки.

Слегка поднимите правую ногу, дайте шарику прокатиться до ягодицы и дальше по позвоночнику; продолжайте двигать тело таким образом, чтобы шарик прокатился по лопатке, плечу, локтю, предплечью, до кисти. Рука для этого должна быть вытянута таким образом, чтобы шарик катился без крутых поворотов и не упал. Продолжайте попеременно поднимать то руку, то ногу, следя за тем, чтобы путь шарика между ними был для вас совершенно понятен; шарик должен двигаться с постоянной скоростью, и вы должны в каждый момент точно знать, где он находится.
Шарик катится по желобку Лягте левым ухом на пол, слегка выпрямите левую руку в локте и поднимите тело таким образом, чтобы шарик мог, как по желобку, прокатиться от кисти до пятки и обратно. Ясно представляйте себе путь шарика.

Согните тело

Поднимите левую руку и правую ногу и уравновесьте тело в слегка согнутом положении, без напряжения. Прокатывайте шарик туда и обратно в поясничном отделе быстрыми легкими движениями, чтобы он прокатывался немного к руке и ноге. Чувствуйте шарик в каждой точке и попробуйте определить, что вы делаете, чтобы дать ему катиться в каждом из направлений. Продолжайте катать шарик в поясничной впадине. Поднимайте руку и ногу легкими движениями, оставляя левое ухо повернутым к полу. Постепенно увеличивайте размах движений, чтобы путь шарика каждый раз увеличивался, пока он не будет проходить от кисти до пятки при каждом движении.

Теперь встаньте и пройдитесь по комнате. Посмотрите, чувствуете ли вы что-то необычное в левой руке и правой ноге - вообще на пути шарика.

От левой пятки до правой кисти и обратно Лягте на живот. Вытяните ноги врозь и выпрямите руки над головой. Положите правое ухо на пол. Поместите шарик на пятку левой ноги и прокатите его до задней части колена и обратно. Затем снова до колена по той же линии и вверх, через позвоночник до правой лопатки, затем от лопатки через локоть и предплечье до тыльной стороны кисти и обратно.

Отметьте, где вы ощущаете руку и ногу иначе, чем в предыдущей паре. Представляйте себе путь шарика, как раньше, пока вы не сможете точно знать его положение в любой момент и не будете иметь ясное и точное представление о его пути.

Катите шарик с постоянной скоростью Когда путь шарика ясен, рука и нога как бы сами поднимаются, возвращая шарик к пятке или кисти. Пусть они поднимаются небольшими, медленными и очень легкими движениями, иначе шарик сойдет со своего пути. Старайтесь двигаться таким образом, чтобы шарик катился с одинаковой скоростью по всему пути. Заметьте, что приходится активировать различные части тела в различные моменты. Чтобы шарик двигался к своей цели,
вы должны направлять шарик к точке, о которой думаете, иначе он не будет знать, куда ему катиться.

Шарик на пояснице, раскачивающиеся движения Поместите шарик на поясницу. Слегка поднимите руку и ногу и раскачивайте шарик небольшими движениями попеременно к руке и к ноге. Постепенно увеличивайте амплитуду движения, чтобы в конце концов шарик проходил от кисти до пятки при каждом раскачивании.

Встаньте и пройдитесь немного. Осознайте, иначе ли вы чувствуете себя, чем когда вы вставали в прошлый раз, можете ли вы определить изменения в спине и теле. Чувствуете ли вы себя иначе, чем раньше?

От шеи до копчика и обратно Лягте на живот. Вытяните руки и ноги, кисти выпрямлены вверх, над головой. Положите подбородок (не нос) на пол. Поместите шарик на заднюю часть шеи между плечами и головой. Слегка приподнимая голову, попробуйте прокатить шарик вниз между лопаток. Для этого необходимо организовать плечи, грудь и спину таким образом, чтобы шарик нашел удобный путь. Проведите его вниз медленным движением, для чего нужно поднять грудину, чтобы шарик мог катиться вниз по части спины, соответствующей груди, пока не достигнет таза, не соскальзывая в стороны.

Верните шарик снова к голове. Нужно поднять ягодицы и организовать живот, спину и плечи так, чтобы шарик мог катиться к затылку, а сам затылок должен быть опущен, чтобы шарик мог на него вкатиться. Колени все время остаются на полу.

Покатайте шарик вниз и вверх, каждый раз выполняя необходимые движения все более медленно и более четко. Убедитесь, что голова не наклоняется в стороны.

С поднятыми ногами Расставьте ноги и на этот раз немного поднимите их от пола. Покатайте шарик от головы к тазу и обратно, не опуская ноги. Опустите ноги и продолжайте. Отметьте разницу этих движений.
Правая нога и левая рука подняты Верните шарик на поясницу. Поднимите правую ногу и левую руку и покатайте шарик легкими движениями к кисти и (через позвоночник) пятке. Постепенно увеличивайте амплитуду движений до быстрого раскачивания.

Правая рука и левая нога подняты

Поднимите правую руку и левую ногу и повторите упражнение. Думайте о пути шарика, чтобы вы могли определить его положение и направить куда нужно в любой момент.

Верните шарик к середине таза и прокатите его к затылку и обратно к пояснице.

Проверьте свое воображение Лягте на спину, раскиньте руки в стороны, выпрямите ноги и представьте себе паттерны движений шарика, которые помогут вам почувствовать образ себя в передней части тела с такой же четкостью, с какой вы чувствовали заднюю сторону в предыдущих упражнениях.

УРОК 11. ОБДУМЫВАНИЕ И ДЫХАНИЕ

В этом уроке мы попробуем овладеть формой дыхания, которая легко переводится в привычку и увеличивает способности человека в целом.

Дыхание в районе правого плеча

Лягте на спину, поднимите колени так, чтобы ступни стояли на полу, закройте глаза, попробуйте припомнить движения легких и диафрагмы, как они были описаны. Дышите медленно, понемногу, делая много движений груди и живота для каждого вдоха и выдоха. Мысленно осматривайте грудь, обратите внимание, как она толкает правое плечо между ключицей и лопаткой каждый раз, когда воздух входит в эту область.

Наблюдайте этот участок только при вдохе, выдох пропускайте. Воздух достигает этой области из середины тела примерно на полпути между грудиной и полом, где находятся доли бронха -

три справа и два слева. Грудь втягивает легкое сразу во многих направлениях: к правому плечу, между ключицей и лопаткой (в направлении уха), к подмышке, лопатке, лежащей на полу, передней части груди.
Визуализация этих деталей требует времени, так что вы можете несколько раз вдохнуть и выдохнуть (частичным дыханием), продумывая последовательность. Наблюдайте, как мышцы толкающими движениями принимают участие в дыхании.

Прохождение воздуха по правому бронху Теперь представьте путь воздуха, входящего в ноздри, проходящего мимо нёба к трахее. Представляйте только эти участки при каждом вдохе, пока они не станут ясными. Когда эта первая часть покажется вполне знакомой, проследите, как отсюда воздух проходит к верхней части правого бронха. Теперь вернитесь к ноздрям, пройдите по нёбу, вниз по трахее; осмотрите пространство вокруг трахеи. Представьте воздух, прижимающий легкие к стенкам груди, как воздух распространяется вверх, вниз к полу, к плечу и подмышке.

Прохождение воздуха вниз по правому бронху Теперь представьте путь воздуха, входящего через ноздри, проходящего мимо нёба, через трахею в третью, нижнюю часть правого бронха, через которую воздух достигает нижней части правой доли легкого, где оно соприкасается с печенью. Наблюдайте только эту часть при каждом дыхании.

При этом наблюдении держите во внимании пространство вокруг этого третьего бронха, направлений, в которых воздух давит вокруг на печень и бока: вперед, вниз, к ногам, в стороны.

Два правых бронха

Теперь при каждом дыхании следите за движением воздуха через ноздри, мимо нёба, по трахее, через обе доли бронха, верхнюю и нижнюю. Представьте себе, как расширяется правая доля легких. Верхняя часть движется вверх, нижняя часть - одновременно вниз. Вся правая сторона выпрямляется, и расстояние между тазом и подмышкой увеличивается.

При каждом дыхании думайте о том, как воздух наполняет пространство вверху и внизу и как правое легкое распрямляется диафрагмой. Посмотрите, чувствуете ли вы что-либо в поясничных позвонках, когда вы делаете это. Третий и четвертый поясничные позвонки должны подняться от пола, когда две мышцы диафрагмы тянут легкое вниз.
Средний бронх

Теперь представьте себе средний бронх справа. Думайте о прохождении воздухом всего пути от ноздрей до среднего бронха. Расправление правого легкого вверх и вниз в то же время расправляет и среднюю долю. Теперь, в дополнение к этому расширению, легкое расширится также вперед и назад, то есть как бы уплощится по отношению к полу. Думайте о внутренних частях легкого, о том, как грудь «втягивает» его во всех направлениях, расширяя.

Повторите весь процесс Попробуйте повторить все упражнения дыхания полуциклами и расширения от начала до конца, отметьте, какие участки вы можете прочувствовать с наибольшей четкостью, а какие нет. Повторяйте до тех пор, пока весь процесс не станет непрерывным и знакомым. Потом представьте себе сжатие правого легкого, когда вы выдыхаете. Воздух движется назад от вершины плеча, от лопатки и груди, через бронхи к трахее, проходит нёбо и выдыхается через нос. При выдыхании воздух выходит из легкого, как из отжимаемой губки.

Нижняя и средняя части Продолжайте то же действие относительно нижней и средней частей правого легкого. Наблюдайте, как легкое движется назад от диафрагмы и ребер по направлению от пола и грудины и выталкивает воздух. Дышите медленно, обычным образом, чтобы вы могли почувствовать вхождение воздуха, удлинение правой стороны, выдох и ее сокращение. Встаньте и отметьте разницу, которую чувствуете между левой и правой стороной.

Скольжение правого легкого

Сядьте на пол, скрестив ноги. Закройте глаза, наклоните голову вперед, соедините руки и заложите их за затылок - так, чтобы локти свободно висели между колен. Если вам трудно согнуться таким образом, вы обнаружите, что в точке, где позвоночник негибок, легкое не движется и не дышит. Что трудно сделать, то трудно и представить. В указанном положении представьте себе прохождение воздуха через ноздри мимо нёба в трахею; наблюдайте за распрямлением легкого к правой лопатке наверху и к печени внизу, думайте также и о средней доле. Посмотрите, можете ли вы в этом положении представить, что чувствуете, как легкое скользит по всей своей длине по плевре. Посмотрите, в каких точках в вашем представлении легкое не скользит свободно. Найдя эти точки и умея ясно их представить себе, вы сможете сильнее и с большей легкостью наклонить голову вперед. Встаньте, пройдитесь, обратите внимание на разницу, которую можете наблюдать в своем дыхании слева и справа.
Вы согласитесь, что трудно поверить, будто мысли о движении воздуха по трахее и бронхам действительно направляют его только к тем точкам справа, о которых вы думаете. По-видимому, мышцы той стороны, о которой вы думаете, начинают работать несколько иначе после того, как вы практиковались несколько минут, и вдох и выдох с этой стороны немного изменились. Во всяком случае, мышцы правой стороны и диафрагмы работали одинаково слева и справа во время каждого вашего дыхания, потому что весьма трудно научиться двигать одной стороной, скажем, груди, не двигая другой. Разница, которую вы чувствуете, возникает только от изменений в работе и организации мышц, порождаемых вашим вниманием, направленным на работу и пространственное расположение частей тела, находящихся в движении.

Эти изменения в действительности имеют место в центральной нервной системе, а не самих мышцах, и касаются всей правой стороны. Следовательно, вы сможете отметить соответствующие изменения в теле, правая рука и правая нога будут чувствовать себя длиннее и легче. Посмотрев в зеркало, вы сможете убедиться, что это не воображение, потому что правый глаз действительно открыт шире и морщины на правой стороне менее резки, чем на левой.

Параллельное движение на левой стороне Сядьте на пол, скрестите ноги и представьте на этот раз распрямление левого легкого. Голова медленно начинает подниматься с каждым дыханием. Наблюдайте, как дыхание распространяется вдоль позвоночника вместе с движением головы. В тех местах, где позвоночник зажат, грудь не движется и не притягивает к себе легкое в достаточной степени, оно не скользит. Продолжайте до тех пор, пока вам не покажется, что оно стало скользить. Посмотрите, можете ли вы почувствовать движение диафрагмы, тянущей поясничные позвонки.
Встаньте, пройдитесь, прочувствуйте изменения, которые вы можете отметить, после того как сделали значительную часть процесса дыхания сознательной.

Дыхание левым легким с головой, наклоненной направо. Снова сядьте на пол. Согните правую ногу назад, левую поместите перед собой, опирайтесь на пол левой ногой и наклоните голову таким образом, чтобы правое ухо приблизилось к плечу. Оставаясь в этом положении, наполните легкие воздухом. В воображении растяните левую сторону до плеча в направлении уха и одновременно вниз. Таким образом

легкое будет скользить, заполняя все пространство на левой стороне груди. При выдохе представляйте себе отход легкого от груди. Заметьте, что голова уже не будет лежать на плече. Это происходит из-за недостатка гибкости груди, мышцы которой все еще слишком напряжены. Дыхание неполно в любом месте груди, которое не вполне гибко.

Дыхание правым легким

Сядьте на пол, дышите, как ранее. Представьте себе удлинение правого легкого и его отход от стенок груди при выдохе, ощущение сжимания, как будто оно буквально отодвигается. Заметьте, когда вы наблюдаете, что происходит на правой стороне, голова и туловище наклоняются налево в стадии удлинения и возвращаются к середине при выдохе.

Встаньте и отметьте изменения, которые вы можете почувствовать.

Глава 5. Психотерапевтический практикум

5.1. МЕТОДИКА «ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ С ПОМОЩЬЮ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ»

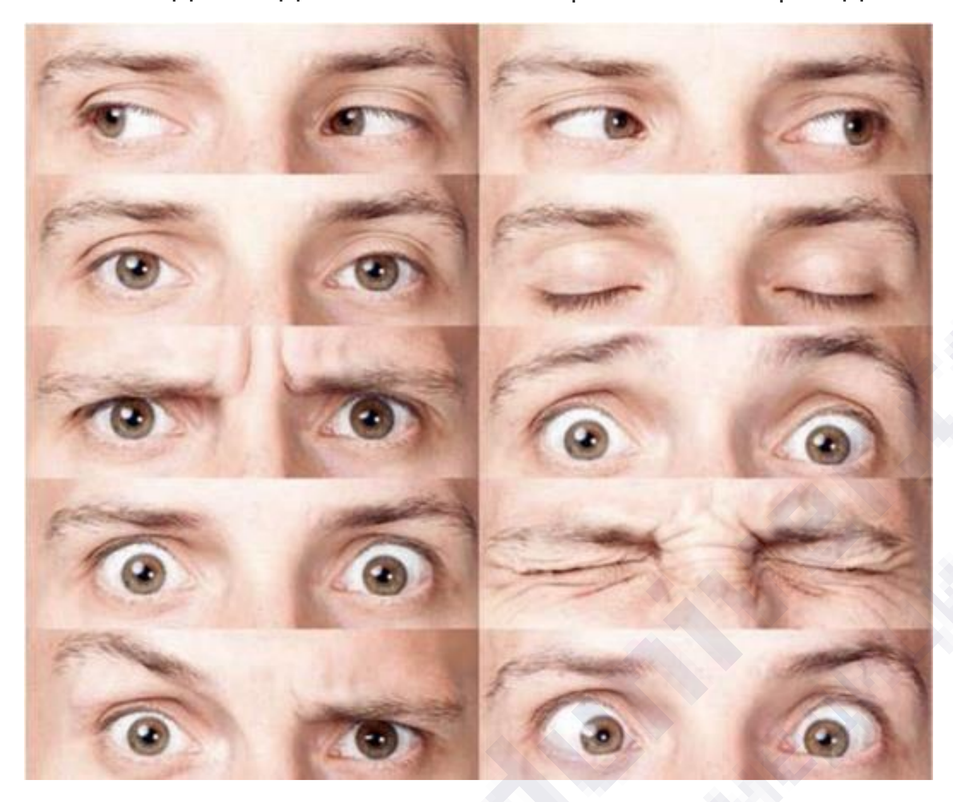


Рис. 5.1. Как прочитать мысли и чувства человека по движению глаз?

1. *Анамнез:* история болезни пациента.

2. *Подготовка:* создание раппорта; дать больному информацию о методе; определить ожидания пациента; выявить рентную установку (выгоду); до проведения этой методики обучить пациента методам релаксации.

3. *Определение предмета воздействия:* симптом; попросить пациента подумать о своей боли, отследить возникший образ; попросить больного осознать негативное представление о себе, связанное с этим состоянием; сформулировать антипод негативного состояния (противоположное состояние: «я слабая» - антипод «я сильная») и озвучить его.

4. *Десенсибилизация - глазодвигательная методика.* Полное двустороннее движение глаз. Движения можно совершать по вертикали, по горизонтали (усиливает тошноту, головокружение, поэтому лучше использовать по вертикали), по диагонали. Базовое повторение делать 24 раза, можно 36, но одну сессию не меньше 24.

Пациента попросить сконцентрироваться на симптоме, на образе и повторять про себя негативное представление. Консультант: «В это время вы будете концентрировать свое внимание на моем пальце (либо предмете) и водить глазами строго за предметом».

Сделав сессию, взять обратную связь. Задача: свести симптомы почти к нулю, когда у человека появляется образ.

5. *Инсталляция* (установка чего-то нового).

Просим пациента сосредоточиться на этом образе и проговаривать про себя антипод (позитивное представление о себе). И здесь повторяем глазодвигательные стратегии.

После небольшого отдыха перейти к пункту 6.

6. *Сканирование тела.* Пациенту необходимо удерживать образ и отсканировать свое тело, то есть отследить ощущения и выяснить, есть ли еще напряжение. Если напряжение осталось либо всплыл еще один образ, повторить десенсибилизацию. Если нет - переходить к следующему пункту.

7. *Завершение сеанса:* дать задание отслеживать ощущения, вести дневник.

8. *Переоценка.* Анализ домашнего задания и произошедших событий от встречи до встречи. Это будет первым пунктом следующей встречи.

5.2. МЕТОДИКА «ДЫХАНИЕ СИЛЫ»

Эта техника поможет вам подключить свои внутренние ресурсы для решения проблемных ситуаций и использовать внутренние ресурсы для достижения своих целей (рис. 5.2).



Рис. 5.2. Представление «Дыхание силы»

Этапы

1. Запомните свое настоящее состояние.

2. Погрузитесь в проблемное состояние.

3. Затем вновь вернитесь в свое настоящее состояние.

4. Вспомните хотя бы одно событие, когда вы были внутренне довольны собой, находились в комфортном состоянии, когда все внутри вас ликовало и радовалось. Погрузитесь в это состояние. Вновь испытайте эту радость, чувство внутренней гармонии, обратите особое внимание на то, как вы дышите. Вновь вспомните это дыхание сильного, уверенного в себе человека. И когда вы в полной мере насладитесь этим дыханием сильного, уверенного в себе человека, сожмите в кулак свою правую руку. И затем, сохраняя дыхание сильного, уверенного в себе человека, подумайте о своей проблеме. Оцените теперь свое отношение к ней, определите, как именно вы теперь относитесь к своей проблеме. И теперь всегда (если вы только добросовестно выполнили упражнения), как только вы будете сжимать в кулак правую руку, вы подсознательно будете вспоминать это дыхание сильного, уверенного в себе человека, и это даст вам силы в самых сложных и болезненных ситуациях.

5.3. МЕТОДИКА «КРУГ СОВЕРШЕНСТВА»

Цель техники: восстановить, описать, стабилизировать, дополнить ресурсные состояния тела и психики и добавить их к тем контекстам, от которых вы хотите больше совершенства.
1. *Идентифицируйте совершенное состояние.* Выберите опыт совершенства из своей личной жизни - тот опыт, в котором все ресурсы были доступны, что позволило вам быть в наилучшем состоянии, действовать и поступать в полную меру своих способностей.

2. *Создайте «круг совершенства»:* на полу мысленно нарисуйте круг и в центр этого круга перенесите всю энергию и силу, которые вы взяли из того события прошлой жизни, которое вы только что вспомнили. Это будет круг вашей силы. Войдите в него. Представьте, что энергия этого круга как бы окружает вас со всех сторон. Определите, что вы чувствуете (рис. 5.3).

3. *Находясь в круге, достигните вновь состояния совершенства:*

■ переживите вновь ваш опыт совершенства, как будто это происходит сейчас;

■ опишите-осознайте свою позу, дыхание, внутренние образы, звуки;

■ дополните, если ощущения не совсем полные. Дополняйте их до тех пор, пока не получите сильного и полного переживания. Идентифицируйте наиболее сильные ощущения (чувства, дыхание, образ и звук).

4. Выйдите из круга и вернитесь в ваше обычное состояние.

5. Проверка: теперь вступите в круг и проверьте, получите ли вы спонтанно все физиологические ощущения совершенства. Щелкните пальцами правой руки. Выйдите из круга. Теперь, как только вы щелкнете пальцами, достигнете состояния совершенства.

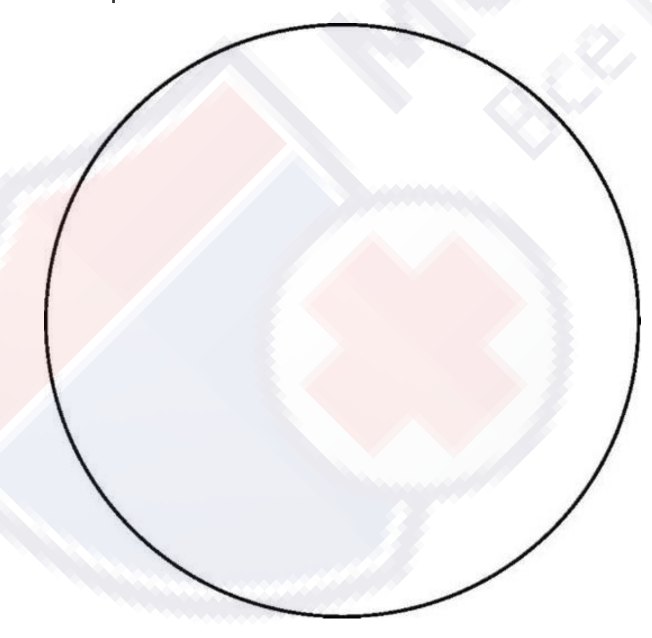


Рис. 5.3. Представление «Круг совершенства»

Определите контекст или ситуацию, которая обычно бывала для вас проблематичной, где бы вы хотели быть способным в любой момент автоматически получить чувство совершенства. Найдите начало этой ситуации. Щелкните пальцами - автоматически вы создаете круг совершенства. Находясь в круге совершенства, с самого начала проиграйте проблемную ситуацию. Определите, что происходит сейчас, когда вы думаете о том, что обычно проходит для вас плохо.

5.4. МЕТОДИКА «СПЕЦИФИКАЦИЯ ЦЕЛИ» («ФРЕЙМ КОНЕЧНОЙ ЦЕЛИ»)

Китайская мудрость: «Если мы не знаем, куда мы идем, то как мы узнаем, что мы туда дошли?».

Правильно сформулированная цель приводит к изумительному результату: она легко достигается, часто даже без наших сознательных усилий (рис. 5.4).

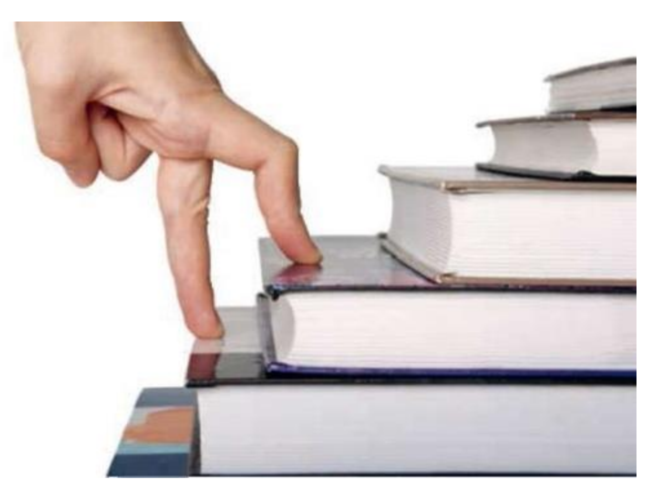


Рис. 5.4. Представление «Фрейм конечной цели»

Как правильно сформулировать цель? Правила

1. *Цель должна быть сформулирована без отрицаний.* Попробуйте не думать о желтой обезьяне. Что происходит? Когда мы исследуем, что может пойти не так, очень полезно быть несогласным. Однако если мы ставим перед собой цель, должно быть только позитивное утверждение. Для нашего подсознания нет частицы «не». Достичь цели мы можем, только если двигаемся к визуальному образу. Вопросы «Что вы хотите?» вместо «Чего вы не хотите?».

2. *Находиться под собственным контролем индивидуума, им же инициироваться и поддерживаться.* Цель должна быть в сфере контроля. Результат должен быть в принципе достижим. Если проблема или цель вне нас, мы не получим результат. Передние рубежи роста: где находится область, в которой вы можете достичь результата? Перефразировать проблему так, чтобы было возможно достижение результата. Процедура проверки: «Как бы вы могли достичь этой цели?», «Как бы вы узнали, что вы ее достигаете?», «Что вы сами собираетесь сделать, чтобы ее достичь?». Проверка уместности и значимости: «Соотносится ли это с тем, чего вы хотите?». Проверяйте уместность и значимость информации в терминах, которые клиент использовал для формулировки результата. Это позволит ему не отклоняться от цели. Клиент должен понимать, что необходимо, а в чем необходимости нет.

3. *Цель должна быть сформулирована в сенсорных ощущениях и записана в категориях внутреннего опыта.* Когда цели записаны, они заинтересовывают подсознание. Вопросы: «Что вам нужно, чтобы достичь цели?» (ресурсы), «Какой первый шаг вы в состоянии предпринять уже сейчас?». Процедура проверки: «Как вы узнаете, что...». Фрейм [(англ. frame - кадр, рамка) - в самом общем случае данное слово обозначает структуру, содержащую некоторую информацию] «как если бы?»: «А если бы вы могли...», «Предположите только.» Перейдите в будущее, как будто бы клиент уже достиг своей цели. Используйте это как более крупный фрейм, внутри которого можно собирать информацию и проверять, хорошо ли сформулирована цель.

4. *Цель должна быть визуализированной и диссоциированной.*

Мы мотивированы в достижении цели, когда видим себя со стороны в достижении результата. Тогда подсознание начинает относиться к этому как к уже достигнутому. Поэтому цель следует записывать в настоящем времени, как будто она уже достигнута.

5. *Должна иметь подходящий контекст.* Где, когда, с кем, в каком окружении я хочу достичь этого результата и к какому сроку.

6. *Быть экологичной.* Каковы будут последствия при достижении цели не только для меня, но и для домашних, коллег; не возникнет ли проблем дома, в семье, на работе?

7. *«Барьеры».* Что мешает мне достичь цели? Задать себе вопрос «Почему я до сих пор не достиг цели?».

8. *Ресурсы.* Что необходимо для достижения цели? Какие навыки, способности, деньги, время и т.д.? Где я могу найти эти ресурсы?

9. *«Флажки».* С чего я начну? Какие мои первые действия по достижению цели? Два-три пункта. Проверьте все последствия достижения цели. Необходимо, чтобы они не нарушали общего плана (краткосрочных и долгосрочных целей) индивидуума или группы.
Цели очень заманчивы, поэтому нам необходимо уметь не соглашаться с собственными целями.

5.5. МЕТОДИКА «САМОРЕГУЛЯЦИЯ ВНУТРЕННЕГО СОСТОЯНИЯ»

В настоящее время очень популярна регуляция психического состояния с помощью НЛП. Самочувствие и состояние человека имеют предел ресурсов психического здоровья. Чтобы весь год эффективно жить, необходимо мудро тратить свою психическую энергию и знать, как ее можно восполнять, восстанавливать. Человек, знающий себя, свои потребности и способы их удовлетворения, может более осознанно и эффективно распределять свои силы в течение каждого дня, недели, месяца и целого учебного года (рис. 5.5.).



Рис. 5.5. Представление «Саморегуляция внутреннего состояния»

Одним из распространенных стереотипов житейской психологии является представление о том, что лучший способ отдыха и восстановления - наши увлечения, любимые занятия (хобби). Число их обычно ограничено, так как у большинства людей есть не более одного-двух хобби. Многие из таких занятий требуют особых условий, времени или состояния самого человека. Однако существует много других

возможностей отдохнуть и восстановить свои силы, и следующие упражнения помогут это сделать любому, кто захочет воспользоваться ресурсами своей психики.

УПРАЖНЕНИЕ 1

1. Выпишите три вида деятельности, при выполнении которых вы хорошо себя чувствуете.

2. Попытайтесь ответить на следующие вопросы по каждому из записанных вами видов деятельности (или попросите кого-либо задать вам эти вопросы).

■ Выполняется ли эта деятельность вместе с другими людьми, или она осуществляется в одиночестве?

■ Где выполняется эта деятельность, каковы окружающие факторы, какие из них помогают вам, а какие мешают осуществить эту деятельность?
■ Имеет ли эта деятельность внешний или внутренний фокус (требует ли она больше внимания за внешними событиями или требует внутренней сосредоточенности)?

■ Является ли она преимущественно визуальной (зрительной), аудиальной (звуковой), кинестетической (связанной с телесными ощущениями)?

■ Требует ли эта деятельность каких-либо материальных условий, средств, реквизитов?

■ Какие из ваших органов чувств получают преимущественный отдых во время этой деятельности?

■ Какие аргументы и контакты с другими людьми нужны вам, чтобы заняться этой деятельностью?

3. Ответив на эти вопросы по каждому из трех видов деятельности, найдите значимые компоненты, которые дают вам удовлетворение от занятий данной деятельностью. Запишите их, сравните с компонентами, которые дают удовлетворение в других видах деятельности.

В результате выполнения этого упражнения, как правило, выясняется, что можно получать удовлетворение не только от одного-двух любимых видов деятельности и ресурсов для восстановления своих сил у вас гораздо больше, чем кажется на первый взгляд.

Это упражнение можно продолжить, если подумать (и желательно записать), какие компоненты удовлетворения и пользы вы обычно получаете также и в видах деятельности, которые для вас обычно как будто бы нейтральны. И, может быть, вы сумеете найти элементы удовлетворения (вторичной пользы) даже в видах деятельности, которые не любите?

Осознание того, что полезное и приятное на самом деле связано не только с излюбленными видами занятий, может играть важную роль в более мудром отношении к любым видам деятельности.

Разнообразные состояния хронического стресса постоянно забирают энергию у человека, как бы раздробляют его психические силы, уменьшают органичность и естественность их проявления. Познакомимся с двумя важнейшими процессами и состояниями сознания, необходимыми для саморегуляции стресса, - ассоциацией и диссоциацией. Процесс ассоциации (и состояние ассоциированности) понимается как направленность сознания человека на себя, его включенность, связанность, слитность, захваченность собственными чувствами и переживаниями. Напротив, процесс диссоциации (и диссоциированности) заключается в том, что внимание и

активность психики человека направлены на внешнее окружение, на деятельность, на других людей. В этом состоянии человек как бы отрывается от собственных чувств и переживаний, забывает о себе. В состоянии ассоциации человек ощущает полноту и единство психических процессов телесно-физических состояний, в состоянии диссоциации эта связь раскрывается (или задерживается, сдвигается во времени). Как правило, ассоциированные состояния сознания связаны с эмоционально-положительными переживаниями, а тревожные, напряженные, стрессовые состояния приводят к диссоциирован-ности. Однако иногда возможна и отрицательная ассоциация (в ситуациях, когда человек привык к какой-то постоянной и мучительной боли - физической или душевной), и положительная диссоциация (см. ниже). Следует также различать непроизвольную, произвольную и вынужденную формы ассоциации и диссоциации.

Рассмотрим несколько упражнений, помогающих выработать полезные способы ассоциирования - диссоциирования.

УПРАЖНЕНИЕ 2

Установите для себя определенное время в течение нескольких дней и выполняйте упражнение 5-10 мин.

Поставьте кресло или стул поблизости от открытой двери или окна, расположитесь поудобнее, вдохните несколько раз поглубже, расслабьте все ваши мышцы.

Чтобы уменьшить влияние внешних факторов, закройте глаза, и это усилит возможности других органов чувств. Позвольте всем запахам и звукам проходить через органы ваших чувств неотфильтрованными и одновременно оставайтесь в настоящем (то есть чувствуйте, думайте, переживайте то, что вы чувствуете, думаете и переживаете).

После упражнения опишите устно или в дневнике (наблюдений за своими состояниями), насколько вы смогли сконцентрировать внимание, когда мозг создавал картины и называл их, определите, что это были за стимулы (предметы, картины, запахи, звуки).

Попытайтесь дать себе отчет, можете ли вы еще больше концентрироваться на внешних стимулах, избегая при этом рационально-логических интерпретаций, то есть сможете ли вы больше и сильнее чувствовать, ощущать вещи, не называя их, не отдавая себе отчета об их связи с другими, а воспринимая их целостно и рационально. Эти попытки обычно удаются не с первого дня, а начиная с третьего-пятого дня ваших упражнений.
Сравните ваше энергетическое состояние за время выполнения упражнения (улучшилось ли самочувствие, изменилось ли настроение, уменьшилась или появилась тревога и т.п.). Не нужно добиваться каждый день обязательного улучшения настроения, ибо рациональные установки только отдаляют развитие чувственных процессов психофизического равновесия и личностного ассоциирования.

У многих не сразу получается переход к видению и переживанию только ассоциированных состояний, так как поначалу состояния ассоциированности могут перемежаться состояниями диссоциированности. Однако постепенно состояния ассоциированности должны вытеснять диссоциированные состояния и становиться доминирующими.

Выполняя это упражнение несколько дней подряд, вы получите опыт переживания чувств и распознавания образов, которые овладевают в нормальном, не стрессовом состоянии. Таким образом, вы создадите у себя чувственный образ положительно-ресурсных ассоциированных состояний. Опираясь на этот фон ассоциированных

состояний, вы получаете один из способов разряжения и угасания напряженных состояний и некоторых хронических стрессов.

УПРАЖНЕНИЕ 3

Для выполнения этого упражнения пригласите себе в помощники человека, с которым вы чувствуете себя максимально спокойно и комфортно (друг, супруг).

Попросите его подготовить продукты так, чтобы вы не знали, чем именно он будет вас угощать. Подскажите вашему партнеру, чтобы он позаботился о достаточно широком выборе вкусов, запахов, температур, текстур, форм, объемов предлагаемых вам блюд.

Затем вы закрываете глаза и помощник (партнер) предоставляет вам все, что он приготовил (потчует, кормит, дает пробовать и т.д.) любыми способами. Все это происходит без слов, невербально. Вы при этом можете издавать любые звуки, но не должны произносить ни слова.
Это упражнение выполняется с уважением к партнеру, и если участники будут меняться ролями (в другие дни), то они получат хорошую возможность выразить друг другу свои чувства или хотя бы сделать опыт отношений разнообразнее и богаче.

Цель этого упражнения - научиться концентрироваться на воспринимаемых стимулах и раздражителях настолько, чтобы избежать потребности отгадывать и называть все блюда и компоненты, из которых они состоят. Надо отдаваться полноте переживаний, чтобы, может быть, ощутить что-то новое как в продуктах, так и в собственных чувствах и состояниях, становящихся вашим ресурсом.

УПРАЖНЕНИЕ 4

Предложите своему партнеру (другу, супругу) взять вас на «слепую» прогулку, где он должен предоставлять вам разнообразные предметы и вещи для ощущения форм, размеров, текстур, температур и других характеристик реальных объектов, используя ваши кинестетические и аудиальные возможности.

Если вы захотите снизить или подавить рационально-вербальную деятельность мозга (его левой половины), то можно попробовать считать в прямом или обратном порядке, в то время как будет происходить все остальное.

Для выполнения следующих упражнений нужно попросить кого-либо не очень быстро прочитать вам вслух инструкции или записать эти инструкции на магнитофон и проводить тренировку индивидуально, самостоятельно.

УПРАЖНЕНИЕ 5

1. Удобно сядьте и сделайте два-три глубоких вдоха. Предоставьте вашим глазам возможность спокойно рассматривать окружающие предметы или постепенно закрываться.

А теперь подумайте, хотели бы вы пересесть в другое место? Будет ли это место справа, слева, напротив, позади вас? Будет ли оно выше или ниже места, на котором вы сейчас сидите?

Если у вас появляется ощущение нового места или ощущение движения к нему, слегка поднимите голову. Мысленно переместитесь на новое место, постарайтесь представить максимально реально ощущение того, где находится ваше тело.
Мысленно переместившись в новое место, вы осуществили диссоциацию, поскольку разорвали исходное единство реального положения вашего тела и вашего видения - ощущения реального положения тела.

2. А теперь, представляя, что вы на новом месте, слегка поднимите голову, медленно откройте глаза и ощущайте, как реальны все раздражители и предметы, которые вас окружают на новом месте. Не теряя новых ощущений, потянитесь, как это делает кошка после сна. Если это вам удалось, значит, вы совершили ре-ассоциацию, то есть новую, воображаемую ассоциацию после совершенной перед этим мысленной диссоциации.

Чтобы ускорить, закрепить и усилить ощущение реассоциа-ции, слегка поднимайте голову так, чтобы увидеть и почувствовать физическую дистанцию между новым местом и физическим телом, на которое вы смотрите. Это поможет вам сказать о себе в третьем лице: «Он сидит, скажем, в дальнем конце комнаты, на диване, в трех метрах от окна и т.д.».

После этого вы можете подумать и сказать про себя (сидящего теперь на новом месте): «Я перед окном, вот край стола, круглая лампа на столе и т.п.».

Теперь добавьте аудиально-звуковые компоненты со следующими словами: «Из моего нового состояния я воспринимаю звуки, которые могу слышать», углубляя тем самым реассоциацию. Ознакомившись с идеей и техникой диссоциации, вы можете повторять это упражнение несколько дней, постепенно уменьшая время, в течение которого вы совершаете эффективную диссоциацию.

Когда вы овладеете этими навыками, выполняя упражнение с закрытыми глазами, делайте упражнение в движении, разговаривая (сначала с собой, а потом и с партнером).

Высокий уровень овладения диссоциацией позволит вам применять ее во многих случаях, нарушающих ваше душевное равновесие, чтобы отсоединяться от стрессовых или эмоционально напряженных состояний.

5.6. МЕТОДИКА «МЕДИТАЦИЯ»

Во всех восточных учениях медитации как методу самовнушения и расслабления придается большое значение.

Слово «медитация» происходит от латинского *meditatio* («размышление»). Ему соответствует санскритский термин «дхьяна» («размышление», «углубление»).

Практика медитации может усиливать наши психические возможности более значительно, чем повседневное функционирование психики. Если при медитации внимание концентрируется на физиологических процессах тела, это может привести к их изменению, как при аутогенной тренировке (рис. 5.6).



Рис. 5.6. Представление «Медитация»

С современных позиций медитация является одной из форм аутогипнотизации, а состояние измененного сознания, достигнутое в результате медитации, представляет гипнотический транс, погружение в который даже на несколько секунд может полностью восстановить ваши силы.

Медитативных техник очень много, остановимся на самых простых и доступных для освоения.

Техника медитации

■ Помещение для медитации в начале обучения должно быть тихим, теплым и уютным. В дальнейшем медитировать можно в любой обстановке.

■ Медитация должна выполняться натощак или через 1-2 ч после еды.

■ Во время медитации не сопротивляйтесь мыслям, спонтанно возникающим в сознании, пусть они исчезнут сами.

■ Не превращайте медитацию в «идею фикс». Медитацией следует заниматься 40-45 мин 3-4 раза в неделю. Поза может быть любой, лишь бы вы ощущали расслабление:

в положении сидя на стуле с удобной спинкой или лежа на спине. Расслабьте руки, лицо, ноги, все тело. Подождите 2-3 мин до полного расслабления. Закройте глаза.

Концентрация на теле

Займите удобную позу. Сконцентрируйтесь на собственном теле.
«Я лежу спокойно... мое тело расслаблено... мои руки и ноги расслаблены... я чувствую пальцы ног... они полностью расслаблены... чувствую бедра... мои бедра полностью расслаблены... все мое тело полностью расслаблено... чувствую свое лицо... каждая мышца лица расслаблена... я все больше и больше расслабляюсь... »

Произнесение фраз происходит медленно, с одновременной концентрацией на частях тела. Со временем, в ходе тренировок, глубина мышечного расслабления увеличивается. При настойчивой тренировке можно добиться глубокого транса.

Концентрация на дыхании

Примите удобную позу. Расслабьте тело. Сконцентрируйтесь на дыхании. Не меняйте естественного ритма дыхания, а только следите за ним. Дыхание можно мысленно сопровождать фразами:

Я чувствую свой вдох... Я чувствую свой выдох...

При тренировках вы столкнетесь с ограничением возможностей удержать свое внимание на дыхании. При определенной тренировке вы будете ощущать внутреннюю стабильность и гармонию своих эмоциональных реакций.

Сконцентрировав свое внимание на дыхании, можно повторять примерно следующие медитативные фразы:

Я вдыхаю... Я выдыхаю...

Грудная клетка расслаблена...

Я вдыхаю...

Я выдыхаю...

Мое тело расслаблено...

Я вдыхаю... Я выдыхаю...

Я чувствую полный покой и расслабление... Мы рассмотрели для ознакомления только две техники. Существуют еще медитации на мантрах, янтрах, чакрах. Однако рассмотренные выше способы медитации являются простыми и удобными.

5.7. МЕТОДИКА «ВНУТРЕННИЙ ЛУЧ»

Упражнение выполняется индивидуально и направлено на снятие утомления, обретение внутренней стабильности.

Для выполнения упражнения необходимо занять удобную позу (сидя или стоя) в зависимости от того, в какой конкретной ситуации оно будет выполняться. Представьте, что внутри вашей головы, верхней ее части, возникает светлый луч, который медленно и последовательно движется сверху вниз и по пути своего движения освещает изнутри все детали лица, шеи, плеч, рук и так далее теплым, ровным и расслабляющим светом. По мере движения луча разглаживаются морщины, исчезает напряжение в области затылка, ослабляются складки на лбу, опадают брови, охлаждаются глаза, ослабляются зажимы в углах губ, опускаются плечи, освобождаются шея и грудь. Внутренний луч как бы формирует новую внешность спокойного и освобожденного человека, удовлетворенного собой и своей жизнью, своей профессией и работой (рис. 5.7).

Представление о теплом внутреннем луче необходимо осуществлять несколько раз, моделируя движение сверху вниз. От выполнения упражнения необходимо получать внутреннее удовольствие, даже наслаждение. Заканчивается упражнение словами: «Я стал новым человеком! Я стал молодым и сильным, спокойным и стабильным! Я все буду делать хорошо!».



Рис. 5.7. Представление «Внутренний луч»

5.8. МЕТОДИКА «ПРЕСС»

Игровое упражнение выполняется индивидуально и способствует нейтрализации и подавлению отрицательных эмоций: гнева, раздражения, повышенной тревожности, агрессии. Данное упражнение рекомендуется практиковать перед трудной работой, серьезным разговором, любой психологически напряженной ситуацией, требующей внутреннего самообладания и уверенности в себе (рис. 5.8). К выполнению упражнения необходимо прибегать в начале возникновения эмоционального состояния, мешающего успешной работе, поскольку психотерапевтический результат достигается только в том случае, если вы умеете вовремя заметить в себе нарастание психической напряженности. Если по тем или иным причинам данный

момент пропущен, то разбушевавшаяся эмоциональная стихия сметет все на своем пути и не даст возможности для выстраивания эффективного самоконтроля. Как следствие этого вы попадаете в зависимость от своих собственных эмоциональных состояний и можете прибегнуть к нежелательным, но широко распространенным в практике межличностных взаимодействий способам сбрасывания отрицательно заряженной энергии на своих подчиненных или коллег. Наиболее часто «заземление» отрицательной энергии, к сожалению, происходит в семье, где ослабевает самоконтроль после работы (проявление раздражения, высказывание упреков, недовольства и т.д.).

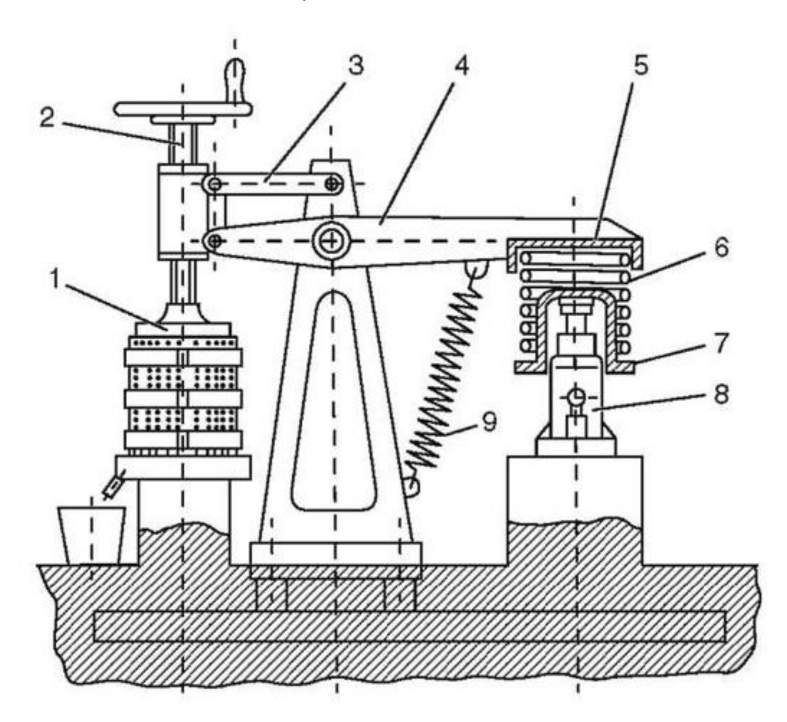


Рис. 5.8. Представление «Пресс рычажной с приводом от гидравлического домкрата»: 1 - верхняя часть винтового привода; 2 - винтовой привод; 3 - звено, удерживающее винтовой привод; 4 - рычаг; 5 - тарелка для упора пружины; 6 - пружина (аккумулятор энергии); 7 - седло пружины; 8 - гидравлический домкрат; 9 - пружина взвода рычага

Суть упражнения состоит в следующем. Вы представляете внутри себя, на уровне груди, мощный пресс, который движется сверху вниз, подавляя возникающую отрицательную эмоцию и внутреннее напряжение, связанное с ней. При выполнении упражнения важно добиться отчетливого ощущения физической тяжести внутреннего пресса, подавляющего и как бы выталкивающего вниз нежелательную отрицательную эмоцию и энергию, которую она несет.

5.9. МЕТОДИКА «ДЕРЕВО»

Любое напряжение психического состояния характеризуется суженностью сознания и сверхконцентрацией человека на своих переживаниях. Ощутимое ослабление внутренней напряженности достигается в том случае, если человек сумел произвести действие децентризации, то есть снятие центра ситуации и перенос его на какой-либо предмет или внешние обстоятельства ситуации. По сути дела, при помощи децентризации осуществляется объективизация эмоционально отрицательного состояния, выбрасывание его вовне, во внешнюю среду, и избавление от него.

Существует несколько форм децентризации.

■ *Ролевая децентризация* - связана с перевоплощением человека в другой предмет, мысленным включением в другую ситуацию.

■ *Интеллектуальная децентризация* - производится за счет активации профессиональной рефлексии, когда руководитель старается посмотреть на себя со стороны, произвести анализ ситуации глазами внешнего наблюдателя, реализовать «психическое зеркало».
■ *Коммуникативная децентризация* - реализуется в ходе диалога с переменой коммуникативных позиций.

Мы остановимся на игротехническом упражнении «Дерево», способствующем развитию средств ролевой децентризации (рис. 5.9).

Упражнение выполняется индивидуально и направлено на формирование внутренней стабильности, достижение баланса нервно-психических процессов, освобождение от травмирующей ситуации.



Рис. 5.9. Представление «Дерево»

По дороге домой или в городском транспорте вы стоите или сидите и представляете себя деревом. Необходимо детально проиграть в сознании образ этого дерева: его мощный или гибкий ствол, переплетающиеся ветви, колышущуюся на ветру листву, открытость кроны навстречу солнечным лучам и влаге дождя, циркуляцию питательных соков по стволу, корни, прочно вросшие в землю. Необходимо почувствовать как можно более реально питательные соки, которые корни вытягивают из земли. Земля - это символ жизни, корни - символ стабильности, связи человека с реальностью. Представление утомленным человеком вросших в землю корней его дерева актуализирует внутренние взаимосвязи с реальностью, укрепляет уверенность в себе.

5.10. МЕТОДИКА «КНИГА»

Упражнение направлено на формирование внутренних средств ролевой децентрации и выполняется индивидуально.

Необходимо представить себя книгой, лежащей на вашем столе (либо любым другим предметом, находящимся в данный момент в поле зрения) (рис. 5.10). Следует сконструировать в сознании внутреннее самочувствие книги - ее покой, положение на столе, защищающую от внешних воздействий обложку, сложенные страницы. Кроме этого, важно увидеть глазами книги окружающую комнату и внешне расположенные предметы: карандаши, ручку, бумагу, тетради, стул, стены, окно, потолок и т.д.

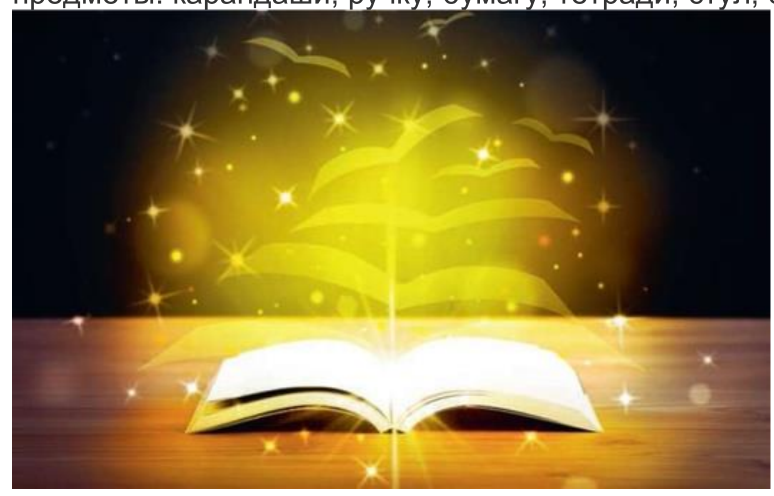


Рис. 5.10. Представление «Книга»

Упражнение проводится в течение 3-4 мин и снимает внутреннее напряжение человека, переводя его в мир иных измерений, можно сказать, в видимый параллельный мир с реальным существованием предметов по своим собственным законам, отличным от законов человеческой жизни. Восприятие иных миров и внутреннее включение в один из них дает руководителю возможность понимания множественности, многогранности любой жизненной и профессиональной ситуации, временного выключения из собственных травмирующих обстоятельств и отношения к ним как к относительно реальным, одним из многих разных форм жизни.

Таким же образом можно организовать психологическое путешествие вовнутрь висящей на стене картины или фотографии, проиграть вымышленный сюжет ситуации.

5.11. МЕТОДИКА «ГОЛОВА»

Предлагаем упражнение, помогающее снять неприятные соматические ощущения. Встаньте прямо, свободно расправив плечи и откинув голову назад. Постарайтесь почувствовать, в какой части головы локализовано ощущение тяжести или боли. Представьте, что на вас громоздкий головной убор, который давит на голову в том месте, в котором вы чувствуете тяжесть. Мысленно снимите головной убор рукой и выразительно, эмоционально сбросьте его на пол. Потрясите головой, расправьте рукой волосы, а затем сбросьте руки вниз, как бы избавляясь от головной боли (рис. 5.11).

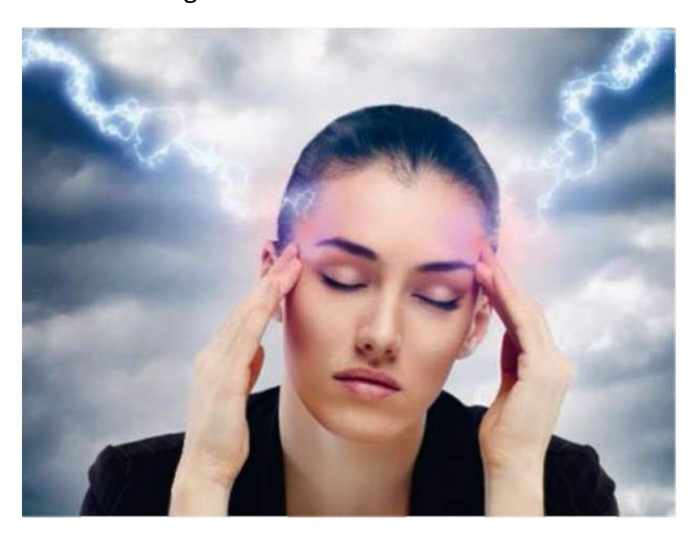


Рис. 5.11. Представление «Голова»

5.12. МЕТОДИКА «НАСТРОЕНИЕ»

Несколько минут назад у вас закончился неприятный разговор. В результате беседы спокойное и конструктивное настроение было нарушено.

Как снять неприятный осадок после такого разговора?

Возьмите цветные карандаши или мелки и чистый лист бумаги. Расслабленно, левой рукой нарисуйте абстрактный сюжет - линии, цветовые пятна, фигуры. Важно при этом полностью погрузиться в свои переживания, выбрать цвет и провести линии так, как вам больше хочется, в полном соответствии с вашим настроением. Попробуйте представить, что вы переносите ваше раздражение на бумагу, как бы материализуете его. Закончили рисунок? А теперь переверните бумагу и на другой стороне листа напишите 5-7 слов, отражающих ваше настроение. Долго не думайте - необходимо, чтобы слова возникали без специального контроля (рис. 5.12).

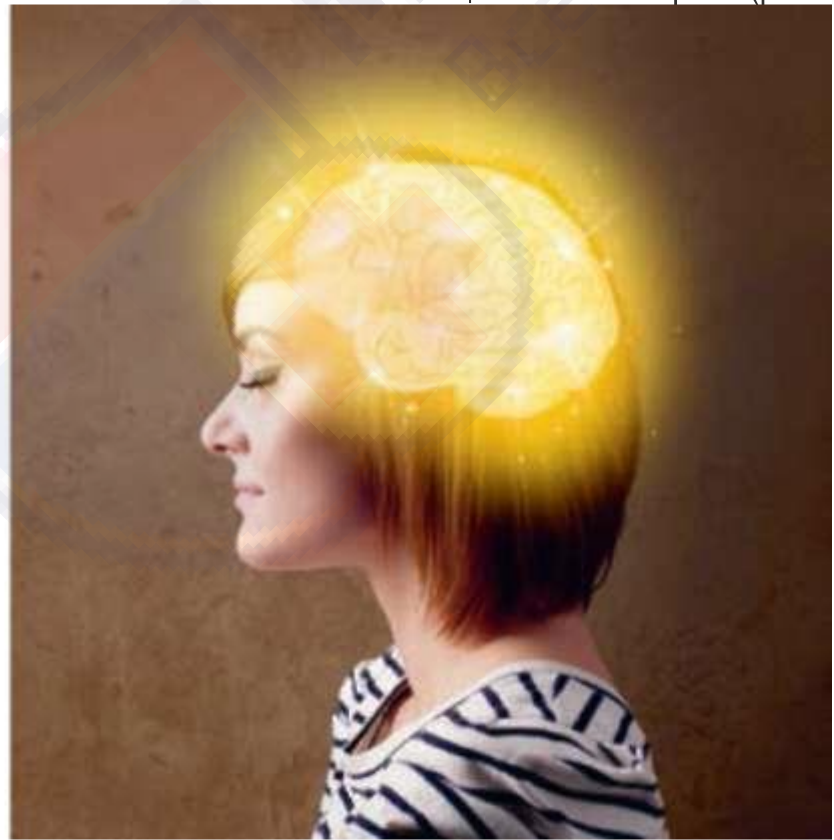


Рис. 5.12. Представление «Настроение»

После этого еще раз посмотрите на свой рисунок, как бы заново проживая свое состояние, перечитайте слова и с удовольствием, эмоционально разорвите листок, выбросьте в урну.

Вы заметили? Всего 5 мин, а ваше эмоционально неприятное состояние исчезло, перешло в рисунок и было уничтожено.

5.13. МЕТОДИКА «ПОСЛОВИЦЫ»

Предлагаем упражнение, хорошо снимающее внутреннюю депрессию и плохое настроение, а также помогающее решению сложной проблемы. Эта проблема может быть связана с вашей профессией, семейной жизнью, взаимоотношениями с друзьями.

Возьмите любую из книг «Русские пословицы», «Мысли великих людей» и т.д. (рис. 5.13). Практически в каждой библиотеке такие книги есть. Полистайте книгу, читайте фразы пословиц или афоризмов в течение 25-30 мин, пока не почувствуете внутреннего облегчения.



Рис. 5.13. Представление «Пословицы»

Возможно, кроме психической релаксации, та или иная из пословиц натолкнет вас на правильное решение. Возможно, вас успокоит факт, что такие проблемы возникают не только у вас, над способом их решения размышляли многие люди, в том числе и исторические личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Москва : Медицина, 1993.

2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуации и психологическая защита // Психологический журнал. 1995. № 1. С. 3-19.

3. Ахмедов Т.И. Практическая психотерапия: внушение, гипноз, медитация. Москва : АСТ; Харьков : Торсинг, 2005. 447 с.

4. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / под ред. С.Н. Бокова. Воронеж, 1995. 640 с.

5. Болстад Р., Хэмблет М., Дайер-Хурайа К. PRO-FUSION. Модель изобилия. НЛП и энергетические практики Востока / пер. с англ. Москва : ООО «Издательский Дом «София», 2004. 416 с.

6. Головачева В.А. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2016. 24 с.

7. Головачева В.А., Парфенов В.А. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении пациентов с мигренью // Неврологический журнал. 2015. № 20 (3). С. 37-43.

8. Головачева В.А., Парфенов В.А. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической ежедневной головной боли // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2019. Вып. 13 (3).С. 63-70.

9. Горбунова В.В. Экспериментальная психология в схемах и таблицах. Ростов-на-Дону : Феникс, 2005. 184 с.

10. Гордеев М.Н. Фундаментальное руководство по эриксоновскому гипнозу. Москва : Психотерапия, 2015. 357 с.

11. Гордеев М.Н., Гордеева Е.Г. НЛП в психотерапии. Москва : Изд-во института психотерапии, 2002. 264 с.

12. Гордеев М.Н., Власов Н.А., Козлов В.В. Методологические аспекты изучения феномена внушаемости // Методология современной психологии. 2015. № 5. С. 3-9.

13. Горин С.А. НЛП: техники россыпью. Москва : КСП+, 1999. 576 с.
14. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических отношений. Ленинград : Медицина, 1981. 216 с.

15. Давыдов О.С., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В., Яхно Н.Н. Хроническая боль: симптом или самостоятельное заболевание? Классификация хронической боли в МКБ-11 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 5-12. С. 263-264.

16. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль. Москва, 2007. 192 с.

17. Данилов А.Б., Корабельникова Е.А. Когнитивно-поведенческая терапия хронической боли. Москва : АММ-пресс, 2015. 328 с.

18. Данилов А.Б. Фибромиалгия: принципы диагностики и комплексной терапии // Терапия. 2018. № 7-8 (25-26). С. 38-46.

19. Данилов А.Б., Голубев В.Л., Подымова И.Г. Установки пациента и боль (влияние установок пациента на исход лечения при болевых синдромах) // Клиническая неврология. 2018. № 2. С. 42-46.

20. Данилов А.Б., Исагулян Э.Д., Макашова Е.С. Психогенная боль // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 11. С. 103-108.

21. Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП / пер. с англ. В.П. Чурсина. Москва : Независимая фирма «Класс», 1997. 192 с.

22. Зайцев А.В., Шаров М.Н., Пушкарь Д.Ю. и др. Хроническая тазовая боль // Методические рекомендации. 2016. № 20. 43 с.

23. Кабанов М.М. Психологическая реабилитация и социальная психиатрия. Санкт-Петербург, 1998. 256 с.

24. Кариус С.В., Якунин К.А. Современные психотехнологии делового общения. Калуга : СЗАГС; Смоленск : СГМА, 2000. 180 с.

25. Кейд Б., О'Хэнлон В. Краткосрочная психотерапия. Москва : Институт общегуманитарных исследований, 2001. 240 с.

26. Классен И.А. Практическая психотерапия : курс лекций. Москва : МЕДпресс-информ, 2004. 768 с.

27. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. 3-е изд., испр. и доп. Минск : Выш. школа, 1998. 463 с.

28. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике // РМЖ. 2001. Т. 9, № 25. С. 1187-1191.

29. Кукушкин М.Л. Острая боль в спине: диагностика и лечение // Нервные болезни. 2019. № 2. С. 46-51.

30. Лоренц К. Агрессия / пер. с нем. Москва : Прогресс, 1994. 272 с.

31. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии : учебное пособие для студентов высших учебных заведений. 3-е изд., стер. Москва : Издательский центр «Академия», 2004. 384 с.

32. Мак-Дермотт Я., О'Коннор Д. Искусство системного мышления. Творческий подход к решению проблем и его основные стратегии / пер. с англ. Киев : София, 2001. 304 с.

33. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога. Москва : Эксмо, 2005. 992 с.

34. Насонов Е.Л., Яхно Н.Н., Каратеев А.Е. и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус // Научно-практическая ревматология. 2016. Т. 54, № 3. С. 247-265.

35. Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Давыдов О.С. и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ) // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019. Т. 11. № 1S. С. 7-16.

36. Парфенова Е.В. Когнитивно-поведенческая терапия при инсом-нии // Российский неврологический журнал. 2019. № 24 (6). С. 14-20.

37. Психотерапевтическая энциклопедия / под общ. ред. Б.Д. Кар-васарского. Санкт-Петербург : Питер Ком, 1999. 752 с.

38. Психотерапия / под ред. Б.Д. Карвасарского. Санкт-Петербург : Питер, 2000. 544 с.

39. Рачин А.П. Головная боль напряжения у школьников (эпидемиология, клиника, лечение) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2002. 24 с.

40. Рачин А.П., Юдельсон Я.Б., Якунин К.А. Особенности терапии головной боли у лиц, перенесших ишемический инсульт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. Вып. 9. С. 180-181.
41. Рачин А.П., Якунин К.А. Лечение и профилактика головной боли напряжения // Головная боль. 2002. № 4. URL: http:// headachejournal.da/ru.

42. Рачин А.П., Якунин К.А., Демешко А.В. Миофасциальный болевой синдром. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 120 с.

43. Рачин С.А., Шаров М.Н., Зайцев А.В. и др. Хроническая тазовая боль: от правильной диагностики к адекватной терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020. Т. 12, № 2. С. 12-16.

44. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. Москва : Медгиз, 1960. 135 с.

45. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. Москва : Изд-во Института психотерапии, 2005. 496 с.

46. Табеева Г.Р. Боль в шее: клинический анализ причин и приоритетов терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019. Т. 11. № 1S. С. 69-75.

47. Табеева Г.Р. Плацебо-аналгезия // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018. Т. 10, № 3. С. 108-115.

48. Тренкле Б. Учебник псиХО-ХО-терапии: Вполне серьезные анекдоты / пер. с нем. Л.С. Каганова. Москва : Независимая фирма «Класс», 1998. 128 с.

49. Уласень Т.В., Якунин К.А. Психотерапевтическая пропедевтика : учебное пособие для врачей. Смоленск : СГМУ, 2017. 108 с.

50. Фельденкрайз М. Искусство движений. Уроки мастера / пер. с англ. А. Заславской. Москва : Эксмо, 2003. 352 с.

51. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследование и применение). Санкт-Петербург : Питер Ком, 1999. 608 с.

52. Шаров М.Н., Рачин А.П., Фищенко О.Н., Степанченко О.А. Постгерпетические тригеминальные невралгии в общеклинической практике: подходы к диагностике, терапии и медицинской реабилитации // РМЖ. 2015. Т. 23, № 16. С. 961-964.

53. Шаров М.Н., Фищенко О.Н. Современные стратегии терапии атипичных лицевых болей // Effective pharmacotherapy. 2013. № 32. С. 12-16.
54. Шевцова Г.Е., Исайкин А.И., Парфенов В.А. Когнитивно-поведенческая терапия как компонент междисциплинарной программы лечения послеоперационной неонкологической боли // Российский журнал боли. 2018. № 1. С. 64-69.

55. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фоа, Т.М. Кина, М. Фридмана. Москва : Когито-Центр, 2005. 467 с.

56. Юдельсон Я.Б., Якунин К.А. Головная боль в отдаленном периоде легкой закрытой черепно-мозговой травмы : учебное пособие для врачей. Смоленск : СГМА, 1997. 16 с.

57. Якунин К.А. Головная боль в отдаленном периоде легкой закрытой черепно-мозговой травмы // Головная боль. 2001. № 2. URL: http:// headachejournal.da/ru.

58. Якунин К.А. Особенности психотерапии в комплексном лечении головной боли у лиц, перенесших ишемический инсульт // Боль. 2004. № 2 (3). С. 30-33.

59. Якунин К.А., Боброва Ю.В. Особенности психотерапии головной боли у подростков с акцентуациями характера // Патогенез. 2005. № 1. С. 57.

60. Якунин К.А., Боброва Ю.В., Рачин А.П. Особенности психотерапии головной боли напряжения у подростков с акцентуациями характера // Боль. 2006. № 1 (10). С. 22-24.

61. Якунин К.А., Панфилова Т.В. Особенности психотерапии головной боли у женщин, страдающих конверсионными расстройствами // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Головная боль - актуальная междисциплинарная проблема». Смоленск, 2009. С. 225-226.

62. Якунин К.А., Рачин А.П., Михайлова Е.В. Психотерапия психосоматических расстройств и головной боли. Смоленск : СГМА, 2006. 64 с.

63. Якунин К.А., Рачин А.П., Юдельсон Я.Б. Психотерапия боли (наука и практика) // Медицинская газета. 2005. № 98. С. 11.

64. Якунин К.А., Фролова М.В. Применение различных психотерапевтических методов в комплексном лечении затяжных болевых синдромов // Вестник Смоленской медицинской академии. Медико-биологический выпуск. 2003. № 4. С. 82.

65. Ялом И.Д. Экзистенциальная психотерапия. Москва : Класс, 1999.

66. Япко М. Боль жизни. Техники эриксоновского гипноза и НЛП для краткосрочной психотерапии депрессий: методические рекомендации для слушателей курса «НЛП и эриксоновский гипноз». Москва, 1999. 236 с.

67. Kelly G. A theory of personality: The psychology of personal constructs. New York : Norton, 1963.

68. Kelly G. The psychology of personal constructs. New York : Norton, 1955.

69. Kennedy C.R., Nathwani A. Headache as a presenting feature of brain tumors in children // Cephalalgia. 1995. Vol. 15. Suppl. 16. P. 15.

70. Law E., Fisher E., Eccleston C., Palermo T.M. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019. Iss. 3. Art. No. CD009660. DOI: 10.1002/14651858.CD009660.pub4.

71. Maruta M., Colligan R., Malinchok M., Offord K. Optimists vs. Pessimists: Survival Rate Amongst Medical Patients. Over A 30 Year Period. P. 140-143.

72. Osipova V.V., Artemenko A.R., Sergeev A.V. et al. Diagnosis and treatment of migraine: recommendations of russian experts // Neuroscience and Behavioral Physiology. 2018. Vol. 48, N 5. P. 621-635.

73. Scott M.B., George E.T. A primer on referring patients for psychotherapy // Cleveland clinic journal of medicine. 2002. Vol. 69, N 2. P. 113-127.